

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 décembre 1896, à 1 heure

Par VICTOR PAUCHET

Né à Amiens, le 22 février 1869
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris
(Premier interne, 1892)
Membre de la Société Anatomique.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE & LAPAROTOMIE

POUR

LÉSIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET COMPARÉS

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. TARNIER, professeur.

MAYGRIER, } *agréés.*
ALBARRAN, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 décembre 1896, à 1 heure

Par VICTOR PAUCHET

Né à Amiens, le 22 février 1869
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris
(Premier interne, 1892)
Membre de la Société Anatomique.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE & LAPAROTOMIE

POUR

LÉSIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET COMPARÉS

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. TARNIER, professeur.

MAYGRIER, }
ALBARRAN, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ N...
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE
	STRAUS.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTNERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE DOCTEUR LÉON LABBÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX

Mon excellent maître,

Pendant l'année d'externat et les dix-huit mois d'internat que j'ai passés près de vous, j'ai pu apprécier vos éminentes qualités chirurgicales et votre dévouement sans bornes à l'égard de vos élèves.

Arrivé au terme de mes études médicales et à la fin de mon internat, je me permets de vous exprimer toute ma reconnaissance, en vous dédiant ce modeste travail.

PAUCHET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

MEMBRE DE L'INSTITUT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES VOIES URINAIRES A L'HOPITAL NECKER

A MES MAÎTRES EN CHIRURGIE :

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

(Internat 1892)

M. LE DOCTEUR LÉON LABBÉ

(Internat 1893-94)

M. LE DOCTEUR RICHELOT

(Internat 1896)

M. LE DOCTEUR PEYROT

(Internat 1895)

M. LE DOCTEUR MICHAUX

MM. PIERRE DELBET, BAZY, GUINARD, POTHERAT,
POIRIER, A. BROCA

M. LE DOCTEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

(Internat 1895. — Maternité de Beaujon)

M. LE DOCTEUR CHAUFFARD

Hommage de reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0061

INTRODUCTION

Pendant ces dix dernières années qui ont vu évoluer si rapidement la chirurgie abdominale, bien des discussions ont été soulevées sur le traitement chirurgical des lésions péri-utérines.

Le jour s'est fait sur bien des points de la question. Les chirurgiens n'opèrent plus que rarement les ovaires scléro-kystiques dont les phénomènes douloureux relèvent plutôt du traitement hydro-thérapique et médical. Les salpingites légères, même parenchymateuses, doivent être pendant plusieurs mois traitées par le repos et les injections vaginales chaudes, associés ou non à l'antisepsie intra-utérine, avant d'être soumises à un traitement radical. Les autres lésions annexielles : hématomes, kystes séreux, abcès de la trompe ou de l'ovaire, relèvent exclusivement du traitement chirurgical et, presque toujours, de l'extirpation.

La castration ovarienne par la voie abdominale, depuis le plaidoyer éloquent de Segond, en faveur de l'hystérectomie vaginale, au Congrès de Bruxelles, a été abandonnée en partie par des auteurs de plus en plus nombreux qui lui préfèrent la castration totale par le vagin.

La laparotomie, facilitée par la pratique du plan incliné, lutte pourtant vigoureusement contre sa rivale et trouve un appui solide dans les statistiques de certains opérateurs qui en ont une très grande habitude et y recourent d'une façon presque absolue.

A côté de ces deux grandes méthodes, sont venus se placer des procédés qui ne modifient pas les indications générales des précédents.

Telles sont : l'hystérectomie abdominale totale et les coelio-

tomies vaginales, c'est-à-dire : l'extirpation des annexes faites par le vagin en respectant l'utérus.

Au Congrès de gynécologie de Genève (septembre 1896), le brillant rapport de Bouilly sur les suppurations pelviennes mit nettement la question au point. Notre excellent maître, M. Richelot, exposa ses idées personnelles qui se rapprochaient totalement de celles du rapporteur.

L'hystérectomie vaginale avait la part large, sans doute, mais il était avant tout démontré que nul chirurgien ne peut se dire hystérectomiste ou laparotomiste. Tout gynécologue doit pratiquer ces deux opérations avec la même habileté et y recourir impartialement suivant leurs indications propres.

Pourtant, les choses ne furent pas ainsi comprises par tous les chirurgiens et la grande opération française trouva dans quelques gynécologues, surtout étrangers, des adversaires sérieux.

Un auditeur indifférent, écoutant successivement parler les hystérectomistes et les laparotomistes, fût devenu successivement l'apôtre des uns et des autres. Les statistiques sont, en effet, séduisantes. Ces opérations, pratiquées par des chirurgiens rompus à toutes leurs difficultés, donnent des *résultats immédiats* presque identiques. Le pourcentage des morts, des guérisons opératoires et des complications est presque le même.

Il est certain que tout chirurgien doit pratiquer la laparotomie dans le cas d'annexite unilatérale, ou quand la bilatéralité est douteuse, chez une femme en pleine période d'activité sexuelle. Il est aussi certain que nul chirurgien ne doit intervenir par laparotomie en présence d'un utérus englobé au milieu d'abcès pelviens, limité par des adhérences, mais qu'il doit avoir recours à l'hystérectomie vaginale. En faisant sauter la bonde utérine, il videra les collections et respectera le dôme d'adhérences qui protège la masse intestinale contre les inoculations d'origine pelvienne.

Mais à côté de ces cas où l'indication opératoire est nette,

combien d'autres plus nombreux où chacun intervient par la voie vaginale ou la voie abdominale, simplement guidé par ses goûts personnels et ses habitudes ? La méthode de choix existe pourtant, et, puisque hystérectomie vaginale et laparotomie donnent des résultats immédiats analogues, il faut chercher la supériorité de l'une d'elles *en comparant leurs résultats éloignés et définitifs*.

Notre excellent maître, M. Richelot, a mis à notre disposition les observations de ses opérées.

Il a pratiqué environ trois cents hystérectomies vaginales et autant de laparotomies pour lésions annexielles. Bien qu'un certain nombre de ces femmes n'aient pas répondu à notre appel, nous avons pu en voir un assez grand nombre pour juger, comparer les résultats thérapeutiques des deux méthodes, et constater que les guérisons réelles et persistantes sont *beaucoup plus nombreuses* à la suite de l'hystérectomie vaginale qu'après la castration annexielle par la voie abdominale.

La plupart des idées exprimées dans ce modeste travail ont été tirées de l'enseignement de notre maître distingué M. Richelot, au cours de notre dernière année d'Internat.

Nous lui adressons tous nos remerciements pour la bienveillance extrême qu'il nous a toujours témoignée, pour les nombreux conseils que nous avons puisés de sa brillante expérience en gynécologie, et pour la large initiative qu'il a bien voulu nous laisser dans son service actif de l'hôpital St-Louis.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général des divers traitements appliqués aux lésions péri-utérines.

Les légères lésions annexielles ne déterminent des douleurs persistantes que chez les névropathes. Elles acquièrent une exagération symptomatique dans le cas de *grande névralgie pelvienne*, dans laquelle on trouve des lésions physiques à peine perceptibles à côté de phénomènes douloureux extrêmement intenses.

Ces symptômes subjectifs sont liés exclusivement au tempérament de la malade : « *Les arthritiques nerveuses*, dit Richelot, *sont le noli me tangere de la gynécologie.* » On doit donc pendant longtemps recourir au traitement médical et c'est seulement lorsqu'on a la main forcée par la violence des douleurs que l'on aura recours au traitement radical.

Les observations ont prouvé, en effet, dans des cas semblables que les résultats définitifs ne sont pas souvent parfaits ; et à côté de quelques exemples de guérison radicale, les insuccès sont nombreux : les malades continuent à souffrir. Ce sont là des arguments sérieux et légitimes pour ceux qui flétrissent, si justement d'ailleurs, l'abus de la castration féminine.

Dans les cas pourtant où le chirurgien recourra à la ressource suprême d'une castration pour soulager ces malades, c'est toujours l'hystérectomie vaginale qu'il devra adopter, et les cas de guérison complète sont dus à cette pratique.

Les collections annexielles non suppurées, telles que les hématomes de la trompe ou de l'ovaire, les hydro-salpinx, s'identifient au point de vue thérapeutique avec les annexites

suppurées facilement extirpables. On peut donc dire que les différentes interventions appliquées au traitement des suppurations pelviennes résument toutes les opérations radicales pratiquées pour des lésions péri-utérines.

Nous allons donc esquisser rapidement les divers modes de traitement dont on dispose à l'égard *des suppurations du pelvis* : cellulites pelviennes, annexites suppurées, abcès intrapéritonéaux.

L'hystérectomie vaginale et la laparotomie tiennent le premier rang et l'une de ces deux méthodes doit certainement avoir la part beaucoup plus large que l'autre dans les cas d'annexites bilatérales.

D'une façon générale, deux voies sont à la disposition du chirurgien : la voie sus-pubienne et la voie vaginale.

A. Voie sus-pubienne. — Celle-ci comprend : l'incision directe et la laparotomie.

1^o *L'incision directe.* — C'est l'incision pure et simple d'un abcès venant faire saillie au niveau de la paroi abdominale, soit au-dessus de l'arcade crurale, soit, plus rarement, au niveau de la ligne médiane.

2^o *La laparotomie.* — L'incision médiane de l'abdomen donnant accès dans la partie libre du péritoine pour explorer les lésions profondes du bassin, permet d'appliquer trois modes d'intervention différents :

a) *L'ouverture simple* suivie de drainage des poches, que celles-ci soient un abcès péritonéal voilé par l'intestin ou l'épiploon, ou qu'il s'agisse d'une collection annexielle trop adhérente pour être enlevée ;

b) *La castration tubo-ovarienne*, ablation des annexes après décollement des adhérences ;

c) *La castration totale abdominale* qui permet de compléter la castration annexielle par l'extirpation abdominale de l'utérus.

B. Voie vaginale. — Celle-ci comprend : l'incision directe, la coeliotomie vaginale et l'hystérectomie vaginale.

1° *L'incision directe* est l'incision pure et simple d'une collection pelvienne par un cul-de-sac vaginal, toujours le cul-de-sac postérieur.

2° *La cœliotomie vaginale* est l'ouverture de l'abdomen par un cul-de-sac du vagin, pour éviter une cicatrice abdominale. On peut ainsi explorer les annexes et les enlever si on en reconnaît la nécessité. Cette incision se fait soit par le cul-de-sac antérieur, soit par le postérieur.

3° *L'hystérectomie vaginale* : c'est la manière la plus large d'ouvrir l'abdomen par le vagin et de drainer la cavité péritonéale par sa partie la plus déclive. Tantôt, on enlève l'utérus et les annexes : c'est la *castration vaginale totale*. Tantôt, on enlève simplement l'utérus, se bornant à ouvrir les poches et à les drainer : c'est la *castration utérine simple*.

§ 1. — Voie sus-pubienne.

Incision abdominale directe. — Cette incision est l'ouverture simple d'un abcès, intervention qui n'offre ici rien de particulier. Comme il s'agit presque toujours d'une cellulite pelvienne ou d'un abcès péritonéal limité par des adhérences, l'évacuation est facile, la guérison rapide et la fécondité de la femme est conservée.

La castration abdominale totale est une excellente opération. On l'applique dans les conditions suivantes : au cours d'une laparotomie, on est conduit à enlever les annexes des deux côtés ; séance tenante, on fait l'ablation de l'utérus, puis s'il y a des possibilités d'infection du péritoine, on laisse le vagin ouvert pour y placer un drain ; si, au contraire, l'opération a été aseptique, on ferme complètement le dôme vaginal. Cette méthode est pratiquée d'une façon courante par les Américains, par plusieurs chirurgiens allemands, qui n'ont qu'une habitude limitée de l'hystérectomie vaginale. Delagènière (du Mans) l'a introduite en France, et y a eu re-

cours 10 fois avec 8 succès. Elle met à l'abri les opérées de la plupart des accidents éloignés de la laparotomie, en supprimant d'emblée l'utérus.

La castration annexielle par laparotomie est nettement indiquée :

1° Chez les femmes dont la période d'activité génitale n'est pas terminée et auxquelles, après examen, on espère pouvoir conserver une des deux annexes ; chaque fois, en un mot, que *la lésion salpingo-ovarienne est unilatérale ou qu'il y a doute sur sa bilatéralité.*

2° *Quand les annexes sont haut situées*, difficiles à atteindre par le toucher combiné au palper ; elles sont alors nettement isolées de l'utérus, à une certaine distance de son fond et de ses bords. Dans ces circonstances, surtout s'il s'agit d'une annexite suppurée, on s'exposerait par la voie vaginale à abandonner des poches dans l'abdomen.

Celles-ci sont alors séparées de la brèche vaginale par une portion libre de la séreuse, et elles sont entourées par les anses intestinales. Les manœuvres destinées à les extraire pourraient rompre en plein péritoine la coque légère d'un ovaire suppuré ou la paroi friable d'un pyo-salpinx.

3° *Dans les cas où l'hystérectomie vaginale est rendue impossible* par l'étroitesse exagérée de la voûte vaginale ou la friabilité extrême de l'utérus.

En réservant la voie abdominale aux indications précédentes, M. Richelot pratique environ deux hystérectomies pour une laparotomie, dans le traitement des lésions péri-utérines.

Cette dernière méthode présente les avantages des opérations à ciel ouvert. Le plan incliné fait glisser vers le diaphragme la masse intestinale ; celle-ci est isolée de la région opératoire par des compresses stérilisées maintenues par une main de l'aide, qui, dans certains cas, écarte de l'autre main la paroi abdominale avec une large valve spéciale, étalant ainsi au grand jour la cavité pelvienne. On peut voir les lésions,

juger de ce qu'on devra laisser ou enlever. Le doigt sait où se diriger pour « trouver le joint » et décoller les adhérences annexielles. Si, par hasard, quelques gouttes de pus ont fait irruption hors de la poche, les compresses les empêchent de souiller l'intestin et un large lavage d'eau salée entraîne mécaniquement les traces de caillots ou de liquide infecté qui ont pu tomber à la surface de la séreuse pelvienne.

Malheureusement, la technique n'est pas toujours aussi simple. Il y a des femmes dont la paroi abdominale surchargée de graisse se prête mal à l'écartement ; il en est d'autres dont la masse intestinale ne suit pas l'appel de la pesanteur et reste dans l'excavation du pelvis. C'est au milieu des anses grêles que la main fait le travail du décollement, sans le contrôle de la vue. L'avantage de la voie abdominale, que les laparotomistes font valoir contre l'hystérectomie vaginale disparaît alors complètement.

Les accidents principaux de la laparotomie sont les déchirures intestinales faites en détachant les adhérences ; et l'inoculation d'éléments septiques dans le péritoine.

Terrier et Hartmann (1), sur 90 laparotomies pour lésions péri-utérines signalent 18 lésions de l'intestin dont 7 sont dues au décollement d'annexes suppurées.

Dudley (2) rapporte 74 cas de fistules intestinales, dont 33 dues également à la décortication de poches.

Un confrère distingué de Bruxelles, visitant il y a quelques mois les hôpitaux d'outre-mer, vit un chirurgien pratiquer 5 laparotomies pour prouver la supériorité de la voie abdominale dans les suppurations pelviennes ; dans 3 de ces opérations il dut appliquer le bouton de Murphy (!)

Il serait pourtant plus simple d'inciser simplement ces poches après castration vaginale et de les drainer. La guérison est aussi certaine.

Beaucoup de chirurgiens enlèvent actuellement l'utérus

(1) TERRIER et HARTMANN, *Annales de gynécologie*, 1893.

(2) DUDLEY, *Amer. Journ. of obstetr.*, febr. 1892.

après les annexes, car le réseau lymphatique du pelvis est souvent infecté, les moignons tubaires et l'utérus peuvent également renfermer des germes.

C'est là une pratique excellente, car jamais le drainage à la Mickulicz ne sera aussi efficace que la brèche qui occupe la partie la plus déclive de l'abdomen, comme l'orifice profond d'un entonnoir.

C'est pour atteindre un but analogue que Pierre Delbet incise le cul-de-sac postérieur après la castration annexielle par l'abdomen. Cet habile laparotomiste réalise ainsi un progrès et dans les cas d'annexite unilatérale, où l'utérus doit être respecté, ce drainage du Douglas doit détrôner, même dans sa dernière indication, le drainage sus-pubien, qui infecte la suture et produit des éventrations.

La laparotomie conserve toujours le grand avantage de permettre souvent le contrôle de la vue et de respecter une des deux annexes. La fécondité de la femme peut être ainsi ménagée. Toutefois ce n'est pas là le plus fort argument, car il est rare qu'une lésion siégeant d'un côté du bassin, n'entraîne pas la stérilité du côté opposé. Depuis longtemps, Lawson Tait enlevait systématiquement les deux annexes pour éviter une laparotomie secondaire. — Jacobs traitait de même les annexites suppurées avant qu'il n'eût adopté l'hystérectomie vaginale comme méthode de choix. — D'autres gynécologues ont cédé aux mêmes considérations.

Des statistiques ont été réunies pour prouver la conception après la castration unilatérale. Nous n'y attachons pas une grande importance, car les soi-disant « salpingo-ovarites légères » ou « ovaires scléro-kystiques » sont souvent des diagnostics appliqués à des organes susceptibles d'être fécondés et les laparotomistes qui ont extirpé ces organes n'ont pas lieu d'être fiers des conceptions ultérieures qui sont souvent la meilleure garantie du fonctionnement de l'ovaire enlevé.

La conception a lieu pourtant, même après l'extirpation

d'une annexe suppurée. Notre excellent maître et ami Pierre Delbet en a rapporté un certain nombre de cas, dont plusieurs lui sont personnels.

A côté de la conservation possible de la fécondité de la femme, celle de la fonction menstruelle est un argument peut-être plus important encore en faveur de la castration unilatérale par l'abdomen.

Cette dernière intervention n'entraîne pas les diverses troubles nerveux et congestifs qui succèdent à la castration complète.

En résumé, *la laparotomie, une fois sur trois cas, en moyenne, est l'opération de choix pour les lésions péri-utérines : elle présente l'avantage, en associant le contrôle de la vue à celui du doigt de préserver parfois un ovaire sain, de ménager ainsi la fécondité et surtout de respecter la fonction menstruelle et l'équilibre de l'organisme.*

§ 2. — Voie vaginale.

Incision vaginale. — Tout chirurgien quelles que soient ses tendances, reconnaît la supériorité de l'incision vaginale dans les conditions suivantes : la simplicité du foyer, la grande virulence du pus, la friabilité de l'utérus, la nécessité d'une intervention d'urgence.

La simplicité du foyer est réalisée d'abord par l'existence d'une poche unique formant une saillie nettement fluctuante, faisant bomber le cul-de-sac postérieur sur la ligne médiane ; tel est le cas des abcès péritonéaux du Douglas, qui guérissent si bien par l'ouverture et le drainage.

Cette simplicité peut également se présenter dans les cas d'annexité suppurée, fluctuante sous la paroi vaginale, immédiatement accessible. L'acuité des accidents est un très bon guide pour le diagnostic ; elle indique généralement que le

foyer est unique et que la paroi de la poche, encore souple reviendra sur elle-même, après l'évacuation du pus.

La grande virulence du pus est indiquée par l'allure de la septicémie et la température élevée. La moindre souillure du péritoine serait à craindre au cours d'une laparotomie ou d'une hystérectomie.

La friabilité de l'utérus se rencontre dans l'état puerpéral, pendant les deux ou trois mois qui suivent l'accouchement. Si on pratiquait l'hystérectomie, la pince à traction n'aurait aucune prise sur ce tissu friable ; et, au cours de la laparotomie, le pédicule se couperait, le moignon se déchirerait, l'opération serait périlleuse.

Enfin, le rôle de l'incision vaginale comme *opération d'urgence* est réalisé ; soit au cours d'une occlusion intestinale due à la compression de l'intestin par une grosse poche, soit en présence d'une malade cachectisée, présentant une grosse collection, et incapable de supporter l'anesthésie générale et l'hystérectomie.

Les chirurgiens très partisans de l'incision vaginale attaquent par ce procédé la plupart des collections péri-utérines ; ils ouvrent des poches multiples, ils atteignent des abcès assez haut situés par rapport à l'utérus et justifient leur méthode disent-ils par sa bénignité, sa facilité et la conservation de la fécondité de la femme.

La facilité, sans doute, est plus grande que dans l'hystérectomie vaginale et la laparotomie ; mais encore faut-il se souvenir qu'il existe parfois des collections séreuses qui séparent la poche du cul-de-sac vaginal, des espaces libres du péritoine qui séparent la cloison vaginale de l'abcès, et enfin des portions d'intestin qui peuvent être traversées en allant au-devant de la poche. D'ailleurs, n'est-ce pas une opération aveugle ? et sa facilité ne doit-elle pas nous être indifférente, puisque tout gynécologue est supposé avoir assez d'aptitudes chirurgicales pour pratiquer avec un égal succès des interventions de difficultés différentes ?

Quant à la conservation de la fécondité de la femme, elle peut être mise en question au sujet des abcès péritonéaux et des cellulites pelviennes aiguës, ce qui est l'exception. Mais dans les cas de salpingites suppurées, combien de femmes deviennent-elles enceintes après une lésion même unilatérale, en apparence, des annexes ? Le fait est bien rare, et, en tous cas, cette considération ne doit pas entrer en ligne de compte si une intervention radicale offre plus de chances de survie pour la malade.

La cœliotomie vaginale, laissant l'utérus en place, présente les mêmes indications que la laparotomie, mais elle doit être réservée aux cas très faciles.

L'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions annexielles gagne tous les jours du terrain et occupera bientôt le premier rang qu'elle mérite. *Elle évite une cicatrice visible, une éventration possible et des abcès de la paroi ; elle donne rarement lieu à des fistules ; permet des opérations incomplètes suivies néanmoins de guérison ; elle supprime d'emblée un utérus souvent infecté, saignant et douloureux, forme un drainage idéal au fond du pelvis. Elle donne surtout des résultats plus complets, des guérisons plus franches et plus parfaites.*

On l'a accusée de produire des lésions de l'intestin, de la vessie et de l'uretère ; de nécessiter une instrumentation compliquée ; d'être une opération aveugle et de donner naissance à des hémorrhagies.

Les résultats obtenus par les chirurgiens rompus à la pratique de la castration vaginale ont fait bonne justice de ces accusations. Celles-ci prouvent simplement que leurs auteurs n'ont pas une grande habitude de cette opération.

L'hystérectomie vaginale occasionne moins de lésions viscérales que la laparotomie.

Baudron, sur 200 cas, signale 2 lésions de l'intestin grêle et 4 lésions du rectum. Lafourcade rapporte 3 fistules intestinales sur 138 cas. M. Richelot a eu rarement des lésions

intestinales ; en tous cas, il a toujours observé la fermeture spontanée des fistules après un laps de temps qui varie d'une semaine à dix-huit mois.

Nous avons vu plus haut combien plus fréquentes étaient les fistules intestinales à la suite des laparotomies. La raison en est aisée à trouver, puisque dans les cas d'adhérences à l'intestin, si on intervient par laparotomie, la poche doit être enlevée sous peine d'infection péritonéale ou tout au moins de fistule, tandis que par le vagin, l'ouverture pure et simple du foyer entraîne aussi bien la guérison absolue.

Les lésions de la vessie sont rares dans l'hystérectomie vaginale : Baudron en rapporte cinq cas ; Richelot en a eu 5 également sur 300 cas environ. Cet organe est fréquemment blessé au cours de laparotomies si on lit les observations de Thomas, Terrillon, Julliard, Bœckel, Reverdin, Saenger. Jacksonn (1) en rapporte 66 cas.

L'arsenal de l'hystérectomie vaginale est peu compliqué. Nous avons toujours vu M. Richelot mener à bonne fin les opérations les plus laborieuses avec une valve, un écarteur vaginal, 4 pinces à traction, 10 pinces hémostatiques ordinaires, 12 longuettes fortes, courtes et droites, et un long bistouri destiné à ouvrir les poches.

La seule question importante est d'avoir des instruments bien construits, et il est fort probable que l'instrumentation défectueuse des Allemands et des Américains est une des raisons de leur peu d'enthousiasme pour l'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie vaginale n'est pas une opération aveugle. La valve et l'écarteur vaginal antérieur refoulent, dépriment le rectum et la vessie, tandis que les pinces placées sur les ligaments larges, faisant bâiller les parties latérales de la brèche vaginale, jouent le rôle d'écarteurs latéraux ; il y a place alors à l'œil et au doigt pour orienter l'opérateur dans

(1) JACKSONN, *Journal of the Amer. assoc.*, february 22 d. 1890.

la partie déclive du bassin, pour lui faire connaître l'état des annexes, leurs adhérences, la façon dont il doit les traiter dans des cas particuliers.

Les deux accidents, réellement à craindre au cours de l'hystérectomie vaginale sont : *l'hémorrhagie et l'infection*. M. Richelot a eu depuis deux ans une série de 130 cas sans mort. Depuis que nous sommes son interne, nous avons vu un seul cas de mort. Ces brillants résultats sont dus, selon nous, à *l'hémostase absolue* qu'il pratique, aux précautions extrêmes qu'il met à *protéger le péritoine* en traitant les annexes, et *aux soins consécutifs*.

CHAPITRE II

Technique de l'hystérectomie vaginale d'après le procédé de Richelot (1).

Il s'agit uniquement d'une hystérectomie vaginale *par morcellement*. M. Richelot n'a jamais recours à d'autre procédé.

La malade est mise en position dorso-sacrée, sondée, rasée, lavée. Un aide à droite et un autre à gauche.

La valve postérieure est appliquée sur la fourchette et l'aide de gauche la tient d'une façon passive pendant toute l'opération.

Le chirurgien saisit la lèvre antérieure du col, l'attire vers la vulve et juge ainsi déjà de la difficulté de l'opération ; *L'utérus descend*, ou, au contraire, il est *fixé* par suite d'adhérences annexielles ou péri-utérines.

A l'aide des ciseaux utérins, une incision circulaire est faite sur le col au niveau de son insertion vaginale. Cette incision doit aller en profondeur jusqu'au tissu utérin, même sur les parties latérales de l'organe ; on peut même entamer légèrement le ligament large. Le doigt refoule alors le manchon muqueux que forme le vagin et on voit le col s'énucléer peu à peu. Si quelques fibres musculaires résistent encore au décollement, on les sectionne à l'aide des ciseaux, et bientôt le doigt, rasant toujours l'utérus, arrive dans le tissu cellulaire qu'on reconnaît à sa laxité. Il arrive souvent que de chaque côté de la face antérieure du col une artère vaginale vienne inonder la surface de section ;

L'attention de l'opérateur doit alors se fixer sur *l'artère*

(1) Pour plus de détails voir RICHELOT, *Hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*, Paris, 1894.

utérine. Le doigt, qui a passé sur la face antérieure de l'utérus, glisse vers la base du ligament large, y pénètre, décolle et refoule le feuillet péritonéal antérieur et avec lui, l'uretère.

Puis, il passe en arrière, soulève de même le feuillet postérieur. On peut alors saisir entre le pouce et l'index la partie intra-ligamenteuse et cellulo-vasculaire du ligament large ; on sent entre deux doigts les battements de l'artère.

Prenant alors une pince longuette et la guidant sur ces doigts, on mord largement la base du ligament. L'articulation de la pince est à une distance de 1 centimètre de l'utérus, tandis que l'extrémité de ses mors arrive au contact de l'organe à une hauteur de 3 centimètres environ.

On fait de même de chaque côté du col. Puis, un coup de ciseaux sur toute la hauteur de chacune des deux pinces isole le segment inférieur de l'utérus. Ce fragment est divisé en deux valves à l'aide des ciseaux.

La valve postérieure est réséquée le plus haut possible ; la valve antérieure est également supprimée ; sa surface de section est saisie par deux pinces à traction.

Les ciseaux vont alors s'attaquer à la face antérieure de l'utérus. L'aide de droite applique alors l'écarteur antérieur, parfois cette précaution est nécessaire dès le début.

Le maintien de cette valve joue un rôle actif et fatigant. Son extrémité refoule le bourrelet vaginal, et forme un angle droit avec la paroi antérieure de l'utérus qu'elle éclaire par réflexion, grâce à sa surface nickelée.

La technique opératoire comprend alors la division médiane de la paroi antérieure et la prise à l'aide des pinces à traction de chacune des lèvres de l'incision. L'utérus bascule ainsi en avant et présente aux ciseaux sa face antérieure. Ceux-ci la dissèquent en la rasant de près. Parfois les doigts remplacent l'instrument quand le tissu est plus lâche et la voie plus facile.

A un moment donné, le cul-de-sac péritonéal apparaît sous

forme d'un mince feuillet replié. Un coup de ciseaux suffit à l'ouvrir. L'écarteur antérieur est alors enfoncé profondément dans la cavité libre du péritoine, protégeant la vessie et donnant la certitude que le fond de l'utérus pourra être atteint. Le chirurgien continue à abaisser la face antérieure de l'organe. Le fond apparaît, l'utérus bascule en avant : on divise alors complètement la face postérieure sur la ligne médiane; une languette est appliquée sur le bord du ligament large qui fait suite à la corne utérine et chaque fragment du corps utérin est réséqué.

Quand l'utérus s'abaisse difficilement, c'est qu'il est enclavé entre les masses annexielles ou bien que son volume, trop gros par rapport au calibre du vagin, l'empêche de franchir ce canal.

Il faut alors l'amincir, l'évider pour le réduire à ses deux cornes. On y arrive par l'évidement conoïde de ses parties latérales et de sa face postérieure.

Quand l'évidement central est avancé, les cornes s'inclinent vers la ligne médiane; le fond descend en forme de V. On l'accroche à l'aide des doigts; on abaisse cet angle au maximum; on pédiculise chaque corne l'une après l'autre après avoir coupé en deux ce qui reste de l'utérus.

Il s'agit maintenant *d'attaquer les annexes*. Les deux valves écartent la plaie vaginale; les pinces placées sur le ligament large jouent le rôle d'écarteurs latéraux: le chirurgien peut alors explorer les trompes et les ovaires.

a) *Si les annexes ne sont pas suppurées*, plusieurs cas se présentent: *s'il s'agit d'une simple trompe épaissie*, entourée d'adhérences molles, en tirant sur la languette de la corne utérine, les annexes apparaissent dans la plaie vaginale. Le doigt va les chercher, les contourner, les décolle, les attire au milieu du vagin. Une nouvelle languette est placée au-dessus de celle de la corne pour pédiculiser les annexes. Tout ce qui dépasse les mors de la pince est réséqué.

Dans un autre cas, *la masse tubo-ovarienne ne cède pas à la*

traction ; elle est haut située et adhérente, le doigt l'atteint à peine ; mais on tire fortement sur la corne utérine, on glisse l'index le long de cette dernière, ce doigt cherche à distinguer la sensation que donne la paroi tubaire de celle de l'épiploon et de l'intestin. Comme dans la laparotomie il faut « trouver le joint » pour décoller les annexes, les accrocher à l'aide du doigt recourbé, les amener peu à peu en les repoussant d'arrière en avant vers le vagin. Souvent les doigts seuls ne peuvent suffire à cette tâche ; il faut alors s'aider d'une pince. Certains chirurgiens ont fait construire à cet effet un modèle spécial : c'est inutile, car, pour saisir les annexes, la meilleure pince ne vaut rien. Il est préférable, par conséquent, de prendre une de celles que l'on a sous la main. Les tissus sont si friables qu'ils se déchirent sous la pression et surtout à la moindre traction. On peut tout au plus maintenir les masses annexielles, *les orienter* vers le vagin, à condition d'agir avec la plus grande douceur et sans faire le moindre effort.

Dans d'autres cas, enfin, *il s'agit d'un processus fibreux* qui englobe l'appareil utéro-salpingo-ovarien dans une gangue scléreuse ; il est inutile d'essayer d'avoir les annexes, il est impossible de les reconnaître ; la castration utérine simple suffit d'ailleurs à amener la guérison.

En cas d'*hydro-salpinx*, on commence par l'inciser ; il est alors facile de l'attirer et de l'énucléer.

Si, au moment où on tire sur la corne pour atteindre les annexes, on reconnaît que *celles-ci tiennent fortement* par leur partie supérieure, il est possible qu'elles adhèrent à l'intestin : il faut alors les laisser ; elles n'entravent en rien la guérison, elles subissent l'atrophie, elles « *se volatilisent* ».

b) *En cas de suppuration pelvienne*, le morcellement utérin est plus difficile et le traitement des annexes plus compliqué. C'est là que l'expérience de l'hystérectomiste joue un rôle important. Nous avons la conviction que les résultats opératoires de M. Richelot tiennent en grande partie à ce qu'il sait

reconnaître les cas où il faut laisser les annexes après ouverture et drainage simple et la manière dont il protège le péritoine contre l'écoulement du pus.

S'il s'agit d'un gros serpent tubaire gorgé de pus, fluctuant, ou encore d'un abcès de l'ovaire ou d'un pyo-salpinx qui vient se montrer au fond de la brèche vaginale ; dans tous ces cas, il faut ouvrir ces collections en protégeant la séreuse. Une ou deux éponges sont placées à côté de la poche et profondément ; elles la fixent et la font saillir vers le vagin. Un coup de bistouri dirigé sur la poche l'ouvre largement. Un grand lavage irrigue la cavité de l'abcès, le vagin, et la poche affaissée est attirée doucement à l'aide des doigts et d'une pince. L'écarteur antérieur protège toujours la vessie et une partie du péritoine. Si, par hasard, une anse intestinale ou une frange épiploïque descendait dans le vagin, on les refoulerait à l'aide d'une éponge pour éviter leur contamination.

Parfois, au cours du morcellement de l'utérus, un ruisseau purulent s'écoule en avant ou en arrière de l'organe : on attend que l'écoulement s'arrête. On cherche l'orifice de la poche et on l'agrandit à l'aide d'une pince. On lave largement et on continue le morcellement. Quand celui-ci sera terminé, on traitera la paroi de l'abcès comme une poche ordinaire.

Nous avons supposé jusqu'ici que les poches pouvaient être décollées, mais parfois leurs adhérences trop intimes avec le bassin ou les viscères voisins obligent le chirurgien à les ouvrir sur place et à les drainer à la gaze. La guérison définitive sera la même ; l'écoulement purulent post-opératoire dure simplement quelques jours ou quelques semaines de plus. *Parmi toutes les malades que nous avons revues, nous n'avons jamais constaté un résultat différent chez celles qui avaient subi la castration complète ou la castration utérine simple, avec abandon des annexes ou des parois d'un abcès.*

Parfois même il arrive à M. Richelot d'abandonner le fond de l'utérus à la fin d'un morcellement ; quand cet organe est

extrêmement friable. La guérison est complète pourvu que toutes les poches aient été crevées.

L'hémostase parfaite joue un rôle important dans le succès de la castration totale. L'attention de l'opérateur sera attirée vers la tranche vaginale postérieure, vers le sinus de l'angle limité par la languette de l'utérus et celle de la corne, et parfois aussi vers une déchirure de la partie postéro-supérieure du ligament large.

M. Richelot fait toujours l'hémostase de *la tranche vaginale postérieure*. Pour cela, la tranche de la muqueuse et celle de la séreuse sont amenées au contact et fixées à l'aide de trois ou quatre pinces hémostatiques.

C'est surtout dans l'*angle des deux languettes* du ligament large, que l'hémorrhagie peut se produire. Dans la règle même, on voit un jet artériel dès qu'on a enlevé d'un coup de ciseaux le corps utérin. Une simple pince appliquée sur le point saignant du ligament large arrête l'hémorrhagie.

Il peut arriver que malgré les précautions précédentes un suintement sanguin persiste. Un grand nombre de chirurgiens le méprisent autant que celui de la tranche postérieure; il en résulte parfois des hémorrhagies post-opératoires ou tout au moins la formation de quelques caillots pouvant favoriser l'infection du péritoine pelvien.

Le chirurgien ne doit donc pas appliquer le pansement avant l'assèchement absolu du vagin. Si l'écoulement persiste, si léger qu'il soit, il la recherchera dans une *déchirure de la partie postéro-supérieure du ligament large* et il l'arrêtera en substituant ou en ajoutant à la languette de la corne une autre pince placée plus haut et qu'il guidera à l'aide du doigt pour ne pas léser l'intestin.

Le pansement se pratique à l'aide de tampons de ouate hydrophile gros comme des noix, très peu serrés, imprégnés d'iodoforme et entourés d'un fil. On en place un au niveau de la brèche vaginale, sans l'enfoncer dans le bassin. D'autres

sont placés entre les deux faisceaux de pinces, puis au contact des parois vaginales.

La sonde à demeure est inutile, pourvu qu'on sonde la malade toutes les six heures.

Les pinces sont enlevées au bout de quarante-huit heures ; les tampons sont laissés huit jours. Les injections d'eau bouillie seront pratiquées doucement du huitième au dixième jour.

Si, au moment de l'ablation des pinces une hémorrhagie survenait, il faudrait de suite placer la femme en position dorso-sacrée. Le chirurgien et un aide se lavent les mains ; on enlève tous les tampons ; on place les deux valves ; on cherche le point saignant ; on applique une pince et on fait le pansement comme au jour de l'intervention.

CHAPITRE III

Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie.

Les résultats immédiats de ces deux opérations donnent satisfaction aux chirurgiens, puisque leurs statistiques oscillent entre 4 et 7 pour cent de mortalité.

Les guérisons définitives constituent la règle générale. Les malades ne conservent pas trace de leurs lésions ; les phénomènes douloureux disparaissent. Pourtant les insuccès thérapeutiques existent, et c'est sur ces derniers que nous insisterons. Ils doivent, en effet, influencer le chirurgien au moment de prendre une détermination ou de choisir un procédé.

Les insuccès tiennent à deux causes principales : D'abord, à la persistance des douleurs, et à l'apparition de troubles nerveux et congestifs exagérés *chez les arthritiques nerveuses* ; ensuite, aux accidents dus à la *présence de l'utérus* laissé en place après l'ablation des annexes.

Cette dernière cause nous explique comment, après l'hystérectomie vaginale, on obtient 94 0/0 de succès définitifs, tandis que la laparotomie donne seulement 64.5 0/0 de guérisons éloignées. Nous avons ainsi la conviction que si dans les résultats éloignés de la castration les résultats de la laparotomie sont inférieurs à ceux de l'hystérectomie vaginale, l'écart deviendra peu sensible du jour où tous les laparotomistes complèteront l'ablation des annexes par l'extirpation immédiate de l'utérus par la voie abdominale.

§ 1. — Troubles consécutifs à la castration,
en général.

Brown-Séquard a dit : « que toutes les glandes, pourvues ou non de conduits excréteurs, donnent au sang des principes utiles, dont l'absence se fait sentir après leur extirpation ou leur destruction par la maladie ». Les ovaires n'échappent pas à cette règle générale, et la suppression de leur fonction entraîne une série de troubles qui ne sont autres que ceux d'une ménopause prématurée et subite.

Ces phénomènes *généraux* sont peu marqués, en général, et les malades sont plutôt incommodées par les accidents locaux : Tantôt, ce sont des *fistules* urinaires ou intestinales. Celles-ci reconnaissant pour cause des lésions d'organes survenues au cours de l'opération ou dans les suites post-opératoires.

Tantôt, il s'agit de *douleurs* persistantes plus ou moins prononcées. Ces douleurs sont plutôt liées au tempérament des opérées qu'à la gravité des cas ; on les observe plus spécialement à la suite d'interventions pour des lésions légères chez les arthritiques nerveuses, les « *noli me tangere* de la gynécologie », comme notre maître Richelot les appelle.

Pourtant, ces douleurs sont dues souvent à des *adhérences péritonéales*, si fréquentes à la suite des opérations abdomino-pelviennes. Ces adhérences unissent l'intestin, l'épiploon, la vessie à la cicatrice abdominale ou vaginale, à l'utérus, aux moignons tubaires, etc., etc. Il en résulte des *tiraillements douloureux* pendant la contraction physiologique de ces organes, et parfois des accidents d'*occlusion intestinale*. Ces adhérences peuvent se produire au niveau de déchirures de la séreuse que l'opérateur ne prend pas soin de suturer, au cours d'une laparotomie, ou bien au niveau de la surface saignante des organes pelviens. Mais leur véritable cause est l'*infection*. Il s'agit donc d'une péritonite circonscrite et

légère, et pour éviter les adhérences qui en résultent, on devra, au cours d'une laparotomie, ne pas laisser de débris annexiels, ne pas abandonner de moignons tubaires infectés sur un utérus infecté lui-même : on devra, après l'hystérectomie vaginale, enlever, à l'aide d'une éponge montée sur une pince, les moindres caillots tombés dans le Douglas, ou prévenir leur formation par une hémostase complète.

Nous allons étudier avec plus de détails les phénomènes généraux et locaux qui succèdent à la castration de la femme.

a) PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX.

Phénomènes nerveux. — La suppression de la fonction ovarienne provoque dans l'organisme de certaines femmes une sorte de branle-bas qui dure plusieurs mois ou plusieurs années ; et ce n'est que peu à peu qu'elles retrouvent leur équilibre physique et moral.

En général, les symptômes sont peu accentués.

Le caractère change, devient bizarre et capricieux ; certaines femmes deviennent excitables, violentes et emportées, d'autres, au contraire, ont tendance à la dépression, à l'apathie et à la somnolence. On observe très rarement des troubles mentaux véritables, et ceux-ci, d'ailleurs, ne surviennent que chez des femmes dont les antécédents névropathiques et cérébraux prouvent que l'intervention chirurgicale n'a été qu'une provocation passagère à l'apparition de ces accidents.

Quelques malades se plaignent de migraines, de pesanteur de tête, de céphalées, de perte de la mémoire. D'autres ont de l'insomnie, des cauchemars. D'autres, enfin, présentent de l'anaphrodisie ou de l'hyperexcitabilité sexuelle.

Les *phénomènes congestifs* sont avec les troubles nerveux ceux qu'on rencontre presque constamment. En général, les femmes ne s'en plaignent pas ; c'est seulement quand on attire leur attention de ce côté qu'on obtient ces renseignements. Elles accusent *des bouffées de chaleur* qui surviennent

huit ou dix fois en moyenne par vingt-quatre heures, plus souvent le jour que la nuit. Les malades sentent le sang leur monter au visage. La face se couvre de sueur ; les oreilles bourdonnent ; les yeux se voilent ; puis, au bout de quelques secondes ou de quelques minutes, le malaise disparaît. Nous avons observé quelques malades qui, au moment de ces accès, étaient forcées de se déshabiller, même par les basses températures.

Quelques opérées accusent également des vertiges, des accès d'oppression au moindre effort ; nous avons rencontré quatre cas d'épistaxis et deux cas d'hémoptysie se répétant pendant plusieurs mois aux époques menstruelles. Trois ou quatre de nos malades nous ont signalé du gonflement douloureux des seins survenant de temps en temps.

Tous ces phénomènes généraux sont d'autant plus marqués que les lésions annexielles sont plus récentes et moins prononcées. Il semblerait que ces opérées se soient habituées peu à peu à la perte de la fonction ovarienne, avant l'apparition subite de la ménopause chirurgicale. Notre maître Richelot suppose plutôt qu'il faut incriminer la prédisposition individuelle de la femme. En effet, les arthritiques nerveuses accusent des phénomènes douloureux pour les moindres lésions et dès le début des accidents. Or ce sont précisément ces femmes qui se plaignent le plus de troubles vicariants.

Exceptionnellement, la castration unilatérale s'accompagne d'accidents analogues. Cela tient à ce que l'ovaire laissé en place est lui-même altéré.

Parmi les opérées d'hystérectomie vaginale que nous avons observées, un grand nombre avaient conservé les annexes d'un côté ou des deux côtés. Cette modification opératoire n'a nullement influencé l'intensité des phénomènes congestifs et nerveux.

Ces derniers disparaissent le plus souvent au bout d'un ou deux ans. Ils sont heureusement modifiés par l'hydrothérapie rationnellement appliquée et par l'ingestion de substance

ovarienne. Notre collègue et ami Jayle prescrit sous le nom d'*ovarine* une poudre obtenue par la dessiccation de l'ovaire à la température de l'animal auquel on a pris l'organe. Il suffit d'administrer chaque jour, un quart d'heure avant le repas de midi, un cachet de 125 milligrammes de cette substance. Le traitement doit être continué pendant plusieurs mois.

Les *troubles digestifs* sont peu importants. On observe parfois de la dyspepsie flatulente, des accès gastralgiques, de la constipation, mais ces accidents existaient le plus souvent avant l'intervention.

Les *troubles de la voix* sont intéressants à constater. Les malades, en général, ne signalent aucune modification de ce côté. M. Richelot a pratiqué sur trois artistes l'hystérectomie vaginale. Deux d'entre elles nous ont dit que le ton de leur voix avait baissé. La troisième est opérée depuis trop peu de temps pour avoir pu constater quelque changement.

Les *fonctions génitales* ne sont qu'exceptionnellement modifiées à la suite de la castration. La grande majorité des opérées ont repris leurs rapports sexuels comme par le passé. Quelques-unes d'entre elles, pourtant, se plaignent d'agénésie. Par contre, d'autres ont de l'hyperexcitabilité sexuelle.

L'*obésité* est un sujet de plainte pour quelques-unes de nos malades, mais le rôle de la castration sur le développement de l'adipose a été singulièrement exagéré. La plupart des opérées présentent une augmentation de l'embonpoint, mais celui-ci n'est nullement gênant et tient souvent à l'amélioration de la santé générale. Quant à l'obésité proprement dite, elle apparaît chez les prédisposées qui, probablement, l'auraient vue survenir quelques années plus tard. Chez deux de nos malades qui se plaignaient d'engraisser, l'examen des urines a révélé la glycosurie. Dira-t-on alors que le diabète est la conséquence de la castration ? On doit plutôt répondre que le diabète et l'obésité, tous deux manifestations

de l'arthritisme, sont survenus chez des prédisposées à l'occasion de la ménopause chirurgicale.

b) PHÉNOMÈNES LOCAUX.

Les *fistules* intestinales ou urinaires sont devenues très rares par suite de l'habitude et des perfectionnements des procédés. Nous avons vu qu'elles étaient plus fréquentes au cours de la laparotomie que de l'hystérectomie vaginale.

L'occlusion intestinale tardive est un accident possible au cours des opérations abdomino-pelviennes. Nous n'en avons pas observé de cas, mais des observations de ce genre existent à la suite de l'hystérectomie vaginale ou de la laparotomie. Cet accident est dû presque toujours aux adhérences de l'intestin au niveau de la cicatrice vaginale, de la suture abdominale ou d'un point quelconque du petit bassin où s'est produit un foyer de péritonite légère localisée.

Les productions kystiques peuvent succéder à l'hystérectomie vaginale et à la laparotomie. Quelques mois ou quelques années plus tard les malades accusent de nouveau des sensations de pesanteur pelvienne ou des douleurs. Par le toucher combiné au palper, on reconnaît une masse fluctuante grosse comme un œuf ou une orange et siégeant soit au contact du cul-de-sac vaginal, soit vers la fosse iliaque. Pour enlever ce kyste, on peut l'aborder par la voie abdominale ou vaginale suivant l'opération à laquelle il succède ou suivant le siège qu'il occupe. On constate alors qu'il a pour point de départ le débris des annexes enlevées. Ces kystes prennent-ils origine dans des débris de l'ovaire, de la trompe ou du ligament large ? On n'en sait rien. Ils sont peu fréquents. Une seule de nos malades a présenté cet accident ; elle avait subi une laparotomie quelques mois auparavant.

La persistance des douleurs vient parfois ternir le pronostic thérapeutique de la castration. Sans doute, la grande majorité des opérées que nous avons interrogées sur leur état nous ont répondu : « Je ne me suis jamais si bien portée. » — « Je

me retrouve à l'état de jeune fille. » — Je vais admirablement. » — « Il me semble que je n'ai jamais souffert du ventre. »

Mais nous avons rencontré quelques exceptions et à ce dernier point de vue il faut considérer trois catégories de malades :

Celles chez qui l'élément névropathique est tout et la lésion sans valeur.

Celles qui, porteuses de lésions graves des annexes, sont en même temps des neuro-arthritiques.

Celles, enfin, qui, parfaitement équilibrées physiquement et moralement, ont des lésions graves des annexes.

Chacune de ces trois variétés d'opérées donne au point de vue de la disparition des douleurs des résultats différents ; et depuis la nerveuse à petites lésions qui souffre parfois autant qu'avant l'intervention, jusqu'à la porteuse de lésions graves qui se trouve guérie, transformée, rajeunie, il y a tous les intermédiaires.

Nous aurons ainsi trois sortes de résultats :

Les unes, et c'est la grande majorité, *cessent de souffrir* complètement.

D'autres se plaignent de *souffrir autant* qu'autrefois, il s'agit alors de névropathes opérées pour des lésions légères ; chez ces dernières, tous les traitements médicaux avaient été essayés sans succès avant le traitement chirurgical, — celui-ci donnant parfois de bons résultats dans des circonstances analogues.

Les opérées de la troisième catégorie, c'est-à-dire les nerveuses atteintes de lésions sérieuses des annexes, ne sont *pas toujours complètement satisfaites* de leur état post-opératoire. Elles reviennent voir leur chirurgien pour « se faire examiner », pour savoir « si rien ne repousse », « si tout est bien enlevé ». Leur état général et local est excellent et si, après avoir écouté leurs doléances, on leur demande : Quelle était votre situation avant d'être opérée ? — « Je gardais le lit de-

puis plusieurs mois ». « Je marchais pliée en deux ». — « Et maintenant ? » — « Je travaille régulièrement, mais de temps en temps je dois me reposer, car j'éprouve des pesanteurs dans les reins, des douleurs dans les côtés et les cuisses, des sensations de cuisson dans le bas-ventre, surtout à l'époque de mes anciennes règles. »

Il faut que le chirurgien sache se contenter de ces résultats imparfaits, quand il compare l'état actuel de la femme avec ses douleurs passées.

On a prétendu que les annexes laissées en place après l'hystérectomie vaginale pouvaient jouer un rôle dans la réapparition des douleurs. Cette assertion est fausse. Nous l'avons constaté dans un grand nombre d'opérations.

Parmi les insuccès thérapeutiques de la castration, *beaucoup d'opérées de laparotomie souffrent par suite de la présence de l'utérus. Toutes les hystérectomisées et un certain nombre de laparotomisées souffrent exclusivement parce que ce sont des arthritiques nerveusee.* C'est au chirurgien, avant l'intervention, de prévoir chez ces dernières femmes l'imperfection thérapeutique et de la mettre en balance avec la gravité des lésions pour lesquelles elles le consultent.

§ 2. — Troubles spéciaux aux suites éloignées de la laparotomie.

Les accidents éloignés consécutifs à la laparotomie sont surtout dus à la présence de l'utérus privé de ses annexes. Convaincus de cette vérité, les chirurgiens américains, qui ont recours exclusivement à la voie abdominale et quelques chirurgiens allemands ont reconnu depuis longtemps la nécessité d'enlever l'utérus par le ventre dans la même séance où ils extirpent les annexes.

Delagénière (du Mans) a introduit cette pratique en France, mais il ne l'applique pas à tous les cas, puisqu'au mois de septembre dernier, il n'avait mis cette méthode en pratique que dix fois. Il est certain que la castration utéro-annexielle

par l'abdomen doit se généraliser, car, ainsi que nous le disait notre maître Richelot : « Si la voie vaginale reste la méthode la plus simple, la moins dangereuse dans la majorité des cas, dès qu'il y aura indication de pratiquer la castration ovarienne double par laparotomie, l'extirpation immédiate de l'utérus sera *la correction* de la voie sus-pubienne ».

A côté de la mauvaise influence de la présence de l'utérus sur les résultats éloignés de la laparotomie, on constate aussi quelques insuccès dus soit à des fistules, soit à des éventrations.

Les *fistules* constituent un des gros inconvénients de la voie abdominale.

Elles sont tantôt superficielles et ont pour point de départ les fils de la suture pariétale. Ces dernières sont évitées si on redouble de précautions aseptiques, si on emploie des soies prises directement dans une boîte sortant de l'autoclave, si on évite de les infecter avec les mains ou au contact d'un champ opératoire contaminé pendant l'opération. Le catgut préparé dans le formol donne autant de certitude que la soie stérilisée et présente, de plus, l'avantage de se résorber. Nous n'avons jamais vu de cas de suppuration consécutive à l'emploi de ces fils, dans le service de M. Richelot.

A côté de ces fistules superficielles qui tarissent le jour où le fil infecté est éliminé ou enlevé, on trouve souvent des fistules profondes qui ont pour point de départ : la soie du pédicule, les débris d'annexes restés après décortication incomplète, des lésions de l'intestin consécutives à l'ablation de poches trop adhérentes.

Ces fistules profondes peuvent être souvent évitées. Le pédicule ovarique sera lié isolément au niveau de ses vaisseaux ; le moignon tubaire ne sera pas abandonné, mais profondément excisé dans l'épaisseur de la paroi de l'utérus. Un petit surjet à la soie placé sur la surface séreuse de cet organe isolera la cavité utérine de la cavité abdominale. En pratiquant l'hystérectomie vaginale et en ouvrant simplement les

poches, on éviterait la fistule consécutive aux cas de poches très adhérentes où le laparotomiste se trouve dans l'alternative d'abandonner des débris d'annexes ou d'enlever une partie de la paroi intestinale qui se sphacèlera secondairement.

La cicatrice abdominale n'a jamais été un argument sérieux contre la laparotomie. Comme dit M. Bazy : « Le costume d'Aspasie devant l'Aréopage n'est pas de mode sous nos latitudes ». D'ailleurs, la cicatrice blanche, linéaire, médiane est moins visible que les vergetures si fréquentes après la grossesse, surtout si la réunion a été immédiate et si on a eu recours à la suture intra-dermique.

L'éventration sera toujours l'inconvénient le plus sérieux de la laparotomie. Même après les modifications heureuses que les chirurgiens les plus habiles et les plus aseptiques ont apportées à cette opération, elle rendra toujours l'hystérectomie vaginale supérieure à l'hystérectomie abdominale devant des indications identiques. On rencontre l'éventration en moyenne une fois sur vingt. Les malades se plaignent de troubles analogues à ceux des hernies abdominales en général. Elles doivent subir des opérations secondaires consistant dans la résection d'un large losange cutanéofibro-péritonéal suivie de la réunion des bords sains de la brèche pariétale. La récurrence est fréquente. La cause de cette éventration n'est nullement dans la façon de pratiquer la suture ni dans le choix du fil employé. On peut faire usage du catgut, de la soie ou du fil d'argent ; on peut préférer le surjet à la suture en points séparés, ou réciproquement ; on peut réunir en un seul plan le péritoine, la couche musculo-aponévrotique et la peau, ou les suturer en plans séparés ; la réunion sera la même, car l'unique cause de l'éventration, c'est la suppuration. Pour prévenir l'éventration, on devra donc désinfecter les lèvres de la plaie pariétale si elles ont été contaminées au cours de l'intervention ; on surveillera l'asepsie des mains et des fils ; et, si on a des doutes sur la non-infection de la cavité pelvienne, et que le drainage s'impose, on pra-

tiquera ce dernier par une incision vaginale postérieure, et non par une brèche sus-pubienne.

Il est possible que la constitution individuelle de l'opérée joue un certain rôle dans la production de l'éventration. Parmi les opérées que nous avons revues, celles qui présentaient cette complication la devaient à la suppuration de la suture ou à un drainage à la Mickulicz.

Les accidents dus à la présence de l'utérus privé de ses annexes sont la principale cause de l'échec thérapeutique de la voie abdominale.

Il y a des croyances erronées qui persistent en chirurgie ; l'atrophie nécessaire de l'utérus fibromateux après la ménopause, l'atrophie de l'utérus après la castration ovarienne double.

Sans doute, ces données générales trouvent leur application, mais les exceptions sont aussi fréquentes que la règle. Chez plusieurs de nos malades ayant subi la castration quelques mois auparavant nous avons trouvé un utérus dont le col avait conservé son aspect normal, et dont le corps était réduit au volume d'une phalange. Mais à côté de ces cas heureux de régression infantile, nous avons vu des exemples multiples où l'utérus devenait la cause d'accidents nombreux. Ces conséquences se comprennent aisément. Après la laparotomie, la surface externe de l'organe est souvent cruentée, infectée, toute disposée à contracter des adhérences avec l'intestin, l'épiploon, la vessie ou la paroi pelvienne. Les moignons tubaires sont impossibles à désinfecter complètement ; la ligature du pédicule ne suffit pas, d'ailleurs, toujours à oblitérer leur surface muqueuse. Ils peuvent donc donner naissance à des accidents inflammatoires au niveau des bords latéraux de l'utérus ou produire à des fistules directement ou par inoculation de la ligature du pédicule.

L'utérus, d'ailleurs, est infecté, ou peut s'infecter secondairement. Il en résultera ainsi des lésions de métrite, et même des poussées de périmétrite.

Parmi les trois cents malades que M. Richelot a laparoto-

misées pour lésions annexielles, *cinquante-trois ont dû subir une hystérectomie vaginale secondaire* pour des accidents utérins ; et il est fort probable que quelques autres d'entre elles opérées depuis peu de temps auront à subir aussi cette opération complémentaire.

En effet, les malades qui conservent leur utérus privé d'annexes accusent souvent des douleurs lombaires ou rectales dues à une rétroversion adhérente, des douleurs pelviennes survenant soit pendant le coït, soit à la suite de la fatigue. Par le toucher vaginal on constate parfois de l'empâtement ou de la douleur au niveau des culs-de-sac latéraux siège des moignons tubaires. L'utérus lui-même est douloureux à la pression et est immobilisée. Tantôt on le trouve petit scléreux et cependant douloureux et leucorrhéique ; tantôt il est augmenté de volume et son col est gros et fongueux.

Les métrorrhagies sont fréquentes ; elles peuvent survenir d'une façon irrégulière, et c'est la règle. Elles peuvent, d'un autre côté, présenter quelque relation avec les époques menstruelles. Trois de nos malades ayant subi la castration annexielle double ont continué à être réglées comme par le passé.

§ 3. — Troubles spéciaux aux suites éloignées de l'hystérectomie vaginale.

La plupart des causes d'insuccès de l'hystérectomie vaginale ont été signalées à propos des troubles consécutifs à la castration en général. Il y a pourtant quelques accidents spéciaux qu'il est bon de signaler.

La *leucorrhée* a été accusée par quelques femmes. Chez celles-ci la cicatrisation vaginale était complète, l'écoulement venait uniquement du vagin, et dans quelques cas, la blennorrhagie pouvait être incriminée.

La *cystocèle* s'est présentée chez trois de nos malades à un degré léger sans doute, mais suffisant pour qu'elles aient attiré notre attention de ce côté.

La *sensibilité de la cicatrice* a parfois duré pendant plu-

sieurs mois au point d'empêcher les rapports sexuels. Dans la plupart des cas, tous les tissus pelviens étaient d'une souplesse parfaite; ces femmes étaient toutes des nerveuses.

Les fistules constituent le plus fort argument que les chirurgiens détracteurs de l'hystérectomie vaginale opposent à ce procédé pour nier sa supériorité.

Toutes les lésions intestinales survenues chez nos malades se sont fermées spontanément au bout d'un laps de temps variant entre quelques semaines et dix-huit mois. Sur trois cents malades, cet accident a été noté une dizaine de fois environ.

Nous avons observé cinq cas de lésion vésicale. Une s'est oblitérée spontanément; une autre n'a pas été revue; les trois autres ont été guéries chirurgicalement.

L'uretère a été lésé une seule fois par M. Richelot au cours de six cents hystérectomies vaginales.

Les chirurgiens peu rompus à cette opération sont terrorisés par la présence de cet organe et ils signalent des accidents nombreux de section ou de pincement de ce canal. On évitera cette complication en décollant largement la vessie, en la refoulant à l'aide de l'écarteur antérieur qui éloigne ainsi l'uretère et en rasant toujours de près l'utérus, qu'on manie les ciseaux ou les pinces.

En résumé, les résultats éloignés de la laparotomie sont inférieurs à ceux de l'hystérectomie vaginale. Les succès thérapeutiques de la voie abdominale seront beaucoup plus rares le jour où, systématiquement les laparotomistes compléteront la castration annexielle double par l'extirpation immédiate de l'utérus.

CONCLUSIONS

Avant de traiter les lésions péri-utérines, le chirurgien doit tenir compte de l'état général de la malade et du degré de gravité des phénomènes locaux qu'elle présente ; car, de même qu'il est nécessaire de recourir d'emblée au traitement radical, en présence des lésions importantes des annexes, surtout si elles sont suppurées, de même, dans les cas d'altérations peu graves, même si les douleurs sont intenses, il faut recourir à plusieurs reprises et pendant longtemps au traitement médical et conservateur.

En effet, la plupart des femmes qui accusent des troubles fonctionnels pour des lésions peu importantes sont des *arthritiques nerveuses*, les « *noli me tangere* » de la gynécologie, suivant l'heureuse expression de notre maître M. Richelot. Chez elles, une opération, même radicale, est parfois impuissante à mettre un terme à leurs misères et l'opérateur a ajouté à leur état pathologique les inconvénients de la stérilité et les ennuis de la *ménopause chirurgicale*.

Les *résultats immédiats* de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie sont à peu près identiques si nous examinons les statistiques des chirurgiens expérimentés. La mortalité opératoire oscille entre 4 et 7 0/0.

Les *résultats éloignés*, si nous nous en rapportons à nos observations, sont destinés à donner satisfaction au chirurgien. La plupart des malades que nous avons vues quelques mois ou quelques années après leur opération sont complètement guéries ; elles ont cessé de souffrir et ont repris leurs travaux ou leur vie mondaine.

Toutefois, il existe une *différence notable entre les résultats*

de l'hystérectomie vaginale et ceux de la laparotomie. La castration vaginale totale donne 94 0/0 de guérisons définitives et la laparotomie 64,5 0/0.

Cette différence entre les résultats des deux méthodes tient surtout à ce que les laparotomisées dont nous rapportons l'observation ont subi la castration bilatérale, l'utérus étant laissé en place.

Les autres causes d'insuccès se rencontrent avec une fréquence à peu près égale à la suite de chacune des deux méthodes ; nous parlons surtout de la *persistance des douleurs et des ennuis de la ménopause précoce chez les femmes nerveuses*.

Les phénomènes généraux qui résultent de la suppression de la fonction ovarienne sont variés et n'acquièrent que rarement assez d'intensité pour être une cause de gêne.

Ce sont d'abord des *troubles d'origine congestive* : bouffées de chaleur, vertiges, accès d'oppression, poussées de congestion pulmonaire, gonflement douloureux des seins, épistaxis, hémoptysies, etc.

Ce sont ensuite des *phénomènes nerveux* : changement de caractère, irritabilité, apathie, neurasthénie, insomnie, amnésie, agénésie ou hypergénésie.

Ces phénomènes nerveux et congestifs disparaissent, en général, au bout d'un ou deux ans. Ils n'existent pas après la castration unilatérale, sauf si l'ovaire laissé en place est lui-même altéré. Ils sont d'autant plus marqués que les lésions étaient plus récentes et moins importantes. Chez les opérées où M. Richelot a laissé les annexes, en totalité ou en partie, après hystérectomies vaginale, ces phénomènes n'ont nullement présenté une différence d'intensité d'avec les cas où l'ablation bilatérale a été intégrale.

D'ailleurs tous ces troubles généraux, pendant leur période d'activité, sont singulièrement améliorés par un traitement hydrothérapique médical bien dirigé. L'ingestion de substance ovarienne rend service dans certains cas.

On remarque de plus, quelques *troubles dyspeptiques*, de *l'abaissement du ton de la voix*, un peu d'*augmentation de l'embonpoint*. L'*obésité* constituant une infirmité est très rare ; elle paraît plutôt liée alors au tempérament de la femme, la castration a simplement avancé de quelques années son apparition.

Les *accidents locaux* sont plus importants à noter.

Des adhérences de l'intestin ou de l'épiploon peuvent se produire avec la cicatrice vaginale, la suture abdominale, la surface infectée des organes pelviens. Elles occasionnent des *tiraillements douloureux* pendant la contraction physiologique des organes et parfois, mais très rarement, de *l'occlusion intestinale*.

Des kystes séreux dont on ignore l'origine peuvent se produire, au niveau de la cicatrice des annexes enlevées, quelques mois ou quelques années après la castration.

La persistance des douleurs constitue une des causes d'insuccès thérapeutique de la castration abdominale ou vaginale. Deux cas peuvent alors se présenter. Ou bien ce sont des névropathes opérées pour des lésions légères ; les douleurs qui chez certains sujets sont supprimées complètement, peuvent aussi conserver leur intensité malgré un état local parfait. Ou bien ces névropathes étaient porteuses de lésions annexielles importantes ; dans ce cas, les phénomènes douloureux, sans être complètement disparus sont cependant fort diminués.

Les rapports sexuels sont rarement modifiés ; les opérées les ont pour la plupart repris comme par le passé. Fort peu éprouvent depuis ce temps de l'agénésie ; quelques-unes présentent, au contraire, de l'hyperexcitabilité sexuelle.

La castration annexielle par laparotomie entraîne quelques troubles spéciaux à la voie abdominale.

La *cicatrice* est une simple difformité au point de vue esthétique.

L'*éventration* est un inconvénient très sérieux qui gêne les malades et se montre souvent rebelle au traitement. Elle n'est pas due à tel ou tel procédé de suture pas plus qu'à telle ou telle substance employée. La suppuration des fils et le drainage sus-pubien, sont les seules causes à incriminer.

Les *fistules* sont relativement fréquentes. Les unes sont superficielles et dues à l'infection des fils de la paroi.

Les autres sont profondes et proviennent de la ligature du pédicule, de débris d'annexes abandonnés ou de lésions de l'intestin survenues au cours de la décortication des poches.

Les *accidents dus à la présence de l'utérus* privé de ses annexes sont multiples. Souvent, sans doute, cet organe s'atrophie, mais fréquemment il occasionne des douleurs pelviennes ; il se place en rétroversion ; il provoque des poussées de pelvi-péritonite ; il est le siège d'écoulements leucorrhéiques ou sanguins ; ces derniers revêtent tantôt le type de métrorrhagies irrégulières, rarement ils affectent l'allure menstruelle. 53 fois, M. Richelot a dû pratiquer l'*hystérectomie vaginale secondaire* pour remédier à ces accidents ; la guérison a été constante.

La *castration vaginale totale* occasionne également quelques troubles spéciaux.

L'*écoulement leucorrhéique* est exclusivement vaginal et reconnaît pour cause fréquente la blennorrhagie.

La *sensibilité de la cicatrice vaginale* peut durer quelques mois et gêner le coït.

La *cystocèle* a été observée chez trois de nos malades à un degré très léger.

Les *fistules intestinales* se cicatrisent spontanément au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

Celles qui sont dues à une lésion de la vessie sont peu fréquentes [5 cas sur 300].

Les lésions de l'uretère sont tout à fait exceptionnelles [1 cas sur 600].

En résumé :

La cause générale des insuccès communs aux deux modes de castration réside dans le tempérament des opérées. Celles-ci sont alors des *arthritiques nerveuses* qui continuent à souffrir malgré un état général excellent et une guérison locale absolue.

La supériorité de l'hystérectomie vaginale sur la laparotomie tient à ce qu'après cette dernière opération *l'utérus a été laissé en place* et qu'il est devenu le point de départ de phénomènes inflammatoires ou douloureux.

Donc, chaque fois que l'état des lésions obligera le chirurgien à sacrifier la fonction ovarienne par un traitement radical, on recourra à l'hystérectomie vaginale. Celle-ci dans les cas graves, provoque moins de « shock » que la laparotomie, risque moins de contaminer le péritoine, ne donne pas lieu à des éviscérations, et surtout permet de laisser en place après simple ouverture des poches adhérentes qu'il serait dangereux de décortiquer.

En cas de lésion bilatérale, chaque fois qu'il y aura contre-indication à la voie vaginale ou indication spéciale à la voie sus-pubienne, c'est-à-dire dans un tiers des cas environ, on aura recours à la castration utéro-annexielle complète par la voie abdominale.

OBSERVATIONS

Laparotomisées revues : 96. — **GUÉRISONS DÉFINITIVES :** 62 = 64,5 0/0.

Hystérectomisées revues : 161. — **GUÉRISONS DÉFINITIVES :** 151 = 94 0/0.

OBS. 1. — *Hystérectomie vaginale, secondaire à une laparotomie pour petites lésions annexielles. — Guérison incomplète.* — Mme R..., 35 ans. Castration unilatérale gauche en janvier 1894. Continue de souffrir et réclame qu'on lui enlève tout.

H. V. 6 juin 1894.

Revue, octobre 1896. Rapports sexuels normaux, mais se plaint encore de quelques douleurs et de bouffées de chaleur.

OBS. 2. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite. — Guérison incomplète.* — Mme Adèle C..., 25 ans. Règles très douloureuses. Annexes peu volumineuses mais très douloureuses ; ne peut travailler.

H. V. 21 décembre 1895. Facile. A gauche trompe saine avec gros ovaire kystique. A droite trompe parenchymateuse avec ovaire kystique.

Revue, octobre 1896. Résultat médiocre. Souffre beaucoup moins, peut travailler. Mais troubles digestifs, nerveux. Rapports sexuels douloureux. Troubles vicariants très prononcés.

OBS. 3. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx. — Guérison incomplète.* — M. M..., 32 ans. Accouchement il y a quatre ans. Se lève au bout de trois jours. Pely-péritonite il y a trois semaines. Grosse masse à gauche. A droite peu de chose.

H. V. 14 juin 1894. Gros pyo-salpinx droit. Extirpé. A gauche, extirpation des annexes très adhérentes, très difficiles, sans rupture.

Revue, octobre 1896. Souffre encore un peu. Nerveuse. Troubles digestifs. Troubles vicariants. Rapports sexuels douloureux. Résultat médiocre.

OBS. 4. — *Hystérectomie vaginale pour ovaire scléro-kystique. — Guérison incomplète.* — Angèle G..., 26 ans. Souffre au moment des

règles. Utérus, antéversion très douloureuse. Annexes douloureuses, peu grosses.

H. V. 13 octobre 1894. Utérus fongueux. Extirpation de deux gros ovaires polykystiques.

Revue, octobre 1896. Souffre moins, mais se plaint encore.

Obs. 5. — *Hystérectomie vaginale pour petites annexites et névralgies pelviennes*. — *Guérison incomplète*. — Mme D..., 33 ans. Souffre depuis neuf ans. 2 grossesses, femme très nerveuse.

H. V. 21 février 1896. Morcellement facile. Trompes grosses, contiennent sérosités sanguinolentes.

Revue, octobre 1896. Nerveuse, souffre moins, mais pas complètement guérie.

Obs. 6. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne*. — *Guérison incomplète*. — Mme S..., 47 ans. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite.

H. V. 5 janvier 1896. Très difficile. Utérus fibromateux. Énorme poche à gauche. Annexes laissées en place.

Fistule suppurante pendant plusieurs mois.

Revue, novembre 1896. Beaucoup de bouffées de chaleur. Quelques douleurs de reins. Plus nerveuse qu'avant. A engraisé de 4 kilos.

Rapports sexuels douloureux.

Se trouve beaucoup mieux qu'avant.

Obs. 7. — *Hystérectomie vaginale pour ovaire scléro-kystique*. — *Résultat médiocre*. — Louise M..., 28 ans, brodeuse. Jamais de grossesse. Souffre depuis 4 ans. Règles douloureuses ; leucorrhée.

Examen : Utérus peu mobile, toucher très douloureux ; empâtement des culs-de-sacs.

H. V. 30 juin 1896. Morcellement difficile par étroitesse vaginale. Pompes saines. Ovaire polykystique énorme et adhérent. Annexes droites laissées en place.

Revue, octobre 1896. Souffre toujours. Bouffées de chaleur, nerveuse.

Résultat médiocre.

Obs. 8. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour névralgie pelvienne*. — *Guérison nulle*. — Mme Marie M..., 20 ans.

Jamais grossesse ni fausse couche. Laparotomie en mars 1894 par M. Quénu. Ovaire gauche scléro-kystique extirpé. Douleurs persistent.

H. V. 16 mars 1895. Utérus en rétroversion, petit ; ovaire droit, très haut, très adhérent, laissé.

Revue, octobre 1896. Guérison nulle, pas nerveuse.

Obs. 9. — *Hystérectomie vaginale pour métrite, ovaire polykystique et névralgie pelvienne.* — Guérison incomplète. — Mme Juliette G..., 29 ans, journalière. Règles abondantes. Schröder il y a un an. Douleurs, annexes peu grosses.

H. V. 2 février 1895. Morcellement facile. 2 ovaires polykystiques extirpés.

Revue, octobre 1896.

Guérison relative : souffre encore. Rapports sexuels normaux.

Obs. 10. — *Hystérectomie vaginale pour métronevralgie.* — Résultat médiocre. — Françoise Fré..., 35 ans, ménagère. 2 accouchements : l'un à 20 ans, l'autre à 25. Le premier fut laborieux et suivi de quelques accidents infectieux. Depuis ce temps, elle a toujours souffert du ventre et présenté de la leucorrhée.

Depuis 4 ans, douleurs violentes dans le ventre. Impossibilité de marcher. Utérus petit, douloureux, en antéflexion.

25 avril 1896, H. V. Utérus descendant facilement. Annexes sains.

Nouvelles de la malade en septembre 1896. Continue à souffrir, avec moins d'intensité, sans doute, mais ne se trouve nullement guérie.

Obs. 11. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite.* — Guérison absolue. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 235, p. 434. — Mme G..., 36 ans.

Revue, octobre 1896. Ne souffre plus. Etat parfait. Se plaint de quelques bouffées de chaleur. Plus nerveuse qu'avant.

Obs. 12. — *Hystérectomie vaginale pour kyste dermoïde de l'ovaire.* — Guérison absolue. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 197, p. 422. — Mme D..., 33 ans.

Revue, octobre 1896. Etat parfait. Pas de troubles vicariants.

Obs. 13. — *Hystérectomie vaginale pour gros hydro-salpinx.* — Guérison absolue. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 162, p. 442. — Mme L..., 37 ans.

Revue, octobre 1896. Etat parfait. Engraissée de 40 kilos. Rapports sexuels normaux. Pas de troubles vicariants.

Obs. 14. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx double.* — Résultat satisfaisant. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 124, p. 401. — Mme S..., 39 ans.

Revue, octobre 1896. A gardé une fistulette pendant quelques mois. A engraisé. Très nerveuse : « On m'a mis 18 pinces et on m'a gardée

7 mois à l'hôpital ; cependant je me trouve bien mieux qu'avant l'opération ».

OBS. 15. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie. — Guérison parfaite.* — Mme G..., 46 ans. Laparotomisée par M. Richelot, le 20 mai 1890. Castration annexielle. Curage en novembre 1890. Reprise des hémorrhagies.

H. V. 9 avril 1891. Gros utérus mobile dont les angles forment deux loges pleines de fongosités.

Revue, octobre 1896. Guérison absolue. Engraisée. Pas de troubles vicariants.

OBS. 16. — *Hystérectomie vaginale pour double hydro-salpinx. — Résultat parfait.* — Jeanne Cr..., 27 ans, artiste dramatique, malade depuis un an. 2 grosses masses de chaque côté de l'utérus : celui-ci est mobile.

H. V. 28 avril 1894. Morcellement laborieux. Extirpation intégrale des trompes.

Revue, octobre 1896. Va bien.

OBS. 17. — *Hystérectomie vaginale, secondaire à une laparotomie pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme Marie D..., 24 ans, a subi 2 curettages, un Schröder, et une laparotomie pour annexite gauche. A conservé une fistule abdominale.

H. V. 14 novembre 1894. Morcellement difficile. Annexes droites saines enlevées. Masse pâteuse, à gauche. Un drain va du vagin à l'orifice de la fistule abdominale.

Revue, octobre 1896. Etat parfait. Rapports sexuels normaux. Bouffées de chaleur. Un peu nerveuse.

OBS. 18. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 93, p. 391. — Mme F..., 30 ans. Engraisée, plus nerveuse qu'avant. Rapports sexuels normaux. Etat général excellent.

OBS. 19. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite. — Guérison absolue.* — Mme F..., 27 ans. Souffre depuis deux mois. Leucorrhée abondante. Rétroversion. Double masse annexielle douloureuse et adhérente.

H. V. 7 mai 1896. Morcellement facile. Extirpation peu laborieuse des trompes parenchymateuses, légèrement adhérentes.

Revue, novembre 1896. Est restée trois mois sans travailler. Un peu

dé leucorrhée. Quelques bouffées de chaleur. N'a pas engraisé. Pas plus nerveuse qu'avant.

OBS. 20. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* OBS. 21. — Mme G..., 46 ans.

H. V. 9 avril 1891.

Revue, novembre 1896. Guérison complète. A un peu engraisé. Quelques bouffées de chaleur et palpitations.

OBS. 21. — *Hystérectomie vaginale pour hématocele rétro-utérine.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* OBS. 112. — Mme F..., 33 ans.

Revue, novembre 1896. Va très bien. Enchantée de son état. Plus nerveuse qu'avant. Rapports sexuels normaux. A un peu maigri.

OBS. 22. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* OBS. 20. — Mme G..., 24 ans.

H. V. 29 mars 1891 pour suppuration pelvienne.

Revue, novembre 1896. Guérison complète. Ne souffre plus.

OBS. 23. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* OBS. 29. — Jeanne G..., 27 ans.

Revue, novembre 1896. Ne souffre plus. Quelques bouffées de chaleur. Rapports sexuels normaux.

OBS. 24. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* OBS. 148. — Adèle D..., 24 ans.

Revue, novembre 1896. Ne souffre plus du tout. Bouffées de chaleur. Pas plus nerveuse. Rapports sexuels normaux. Enchantée de son sort.

OBS. 25. — *Hystérectomie vaginale à une laparotomie.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* OBS. 62. — Mme L..., 36 ans.

Revue, novembre 1896. Pas de bouffées de chaleur. N'a pas engraisé. Toujours nerveuse, mais se trouve très bien.

OBS. 26. — *Hystérectomie vaginale pour rétroversion et ovaires scléro-kystiques.* — *Guérison absolue.* — Mme A..., 40 ans, 2 enfants, souffre beaucoup depuis cinq ans.

H. V. 10 novembre 1894. Morcellement facile. Extirpation complète des annexes, lesquelles sont adhérentes et kystiques.

Revue, novembre 1896. Va très bien. Rapports sexuels normaux.

OBS. 27. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie (ovarites suppurées)*. — *Guérison absolue*. — Mme L..., 37 ans. 2 enfants. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite. Laparotomie en février 1893 pour kystes purulents des ovaires et salpingites parenchymateuses. Métrorrhagies persistent. Douleurs violentes avec sensation de compression du rectum.

H. V. 4 mai 1894. Utérus gros ; aucun vestige annexuel.

Revue, novembre 1896. Va très bien, a engraisé de 10 kilos. Pas plus nerveuse. Quelques vomissements après les repas.

OBS. 28. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx double et rétroversion*. — *Guérison absolue*. — Eugénie L..., 36 ans. 5 enfants. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite. Souffre beaucoup.

H. V. 8 mars 1894. Extirpation complète de deux gros serpents tubaires suppurés.

Revue, novembre 1886. Va très bien. Rapports sexuels normaux. Un peu plus nerveuse.

OBS. 29. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite*. — *Guérison absolue*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. OBS. 234. — Céline A..., 25 ans.

H. V. 1^{er} juillet 1893.

Revue, juillet 1896. Très bien portante. Tout est souple dans le petit bassin. Se plaint seulement d'une faiblesse extrême.

OBS. 30. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite*. — *Guérison absolue*. — Mme T..., 40 ans. Une fausse couche et un enfant. Souffre depuis un an.

H. V. 24 avril 1896.

Revue, novembre 1896. A un peu engraisé. Est enchantée de son sort. Rapports sexuels normaux.

OBS. 31. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie*. — *Guérison absolue*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. OBS. 36. — Mme L..., 32 ans.

H. V. 22 mai 1891.

Revue, novembre 1896. Complètement guérie. Enchantée de son état. Travaille beaucoup. N'a pas grossi. Rapports sexuels normaux.

OBS. 32. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour salpingo-ovarite. — Guérison complète.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*, obs. 103. — Mme G..., 36 ans.

H. V. 19 décembre 1894.

Revue, novembre 1896. Se trouve très bien. Inappétence génitale. Troubles vicariants, se plaint d'engraisser (20 kilos).

OBS. 33. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour ovaires polykystiques. — Guérison absolue.* — Louise H..., 23 ans. Castration abdominale, 9 mars 1893.

Souffre autant qu'avant.

H. V. 19 juillet 1894.

Revue, octobre 1896. Va très bien. Plus nerveuse. Bouffées de chaleur. Rapports sexuels normaux.

OBS. 34. — *Hystérectomie vaginale pour gros utérus scléreux avec ovaires kystiques. — Résultat satisfaisant.* — Mlle Berthe V..., 40 ans, 4 enfants, une fausse couche il y a dix ans, névropathe. Métrorrhagies, leucorrhée continueuse ; douleurs pelviennes l'empêchant de travailler.

H. V. 25 juillet 1896. Les annexes sont laissées.

Revue, novembre 1896. Une crise d'hystérie deux mois après l'opération. Palpitations fréquentes. Se trouve beaucoup mieux, mais se plaint de quelques douleurs lombaires.

OBS. 35. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite. — RICHELOT, Hystérectomie vaginale, résultat satisfaisant.* Obs. 238, p. 435. — Mme B...

Revue, octobre 1896. Trouve son état satisfaisant. Se plaint seulement d'une éventration secondaire à une laparotomie et qui lui occasionne des douleurs de reins.

OBS. 36. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 267. — Mme R..., 32 ans.

Revue, octobre 1896. Reprend ses occupations un mois après l'opération, ne souffre plus. Quelques bouffées de chaleur le matin. Engraisse de 8 kilos. Se plaint d'être plus nerveuse qu'avant. Rapports sexuels normaux.

OBS. 37. — *Hystérectomie vaginale pour hydro-salpinx. — Bon résultat.* — Marie L..., 37 ans, souffre depuis 17 ans. Utérus peu mobile, grande poche à gauche paraissant un pyo-salpinx, jamais température. La tumeur remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic.

H. V. 13 juillet 1895. Utérus vient difficilement. Annexes droites, saines, laissées en place. A gauche grande poche blanche, incisée, vidée, énucléée, extirpée. C'est un hydro-salpinx.

Revue, octobre 1896. Maigrie de 5 kilos. État général bon, se plaint seulement de quelques bouffées de chaleur. Les rapports sexuels sont plutôt douloureux. Au touchèr, on sent une sorte de cloison fibreuse tendue au travers du pelvis.

OBS. 38. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx. — Résultat satisfaisant.* — Maria B..., 28 ans. Souffre depuis 2 ans. Masse annexielle double, surtout à droite.

H. V. 20 juillet 1895. A droite, trompe parenchymateuse et kyste purulent de l'ovaire qui se rompt dans le ventre. A gauche, trompe parenchymateuse. Lavage du péritoine à l'eau salée.

Revue, octobre 1896. Va bien.

OBS. 39. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 222, p. 430. — Mme M..., 43.

Revue, octobre 1896. État parfait. Pas plus nerveuse qu'avant. Engraissée. Rapports sexuels normaux.

OBS. 40. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 261, p. 442. — Eugénie C..., 25 ans.

Revue, octobre 1896. Ne souffre plus. A engraisé de 3 kilos. Quelques bouffées insignifiantes. Rapports sexuels normaux. État général parfait.

OBS. 41. — *Hystérectomie vaginale pour hydro-salpinx et salpingite parenchymateuse. — Guérison absolue.* — Mme G..., 38 ans, souffre depuis longtemps. Annexite double.

H. V. 21 février 1894. Utérus fixé. Extirpation complète d'un hydro-salpinx droit. Annexes gauches parenchymateuses sont laissées.

Revue, octobre 1896. Repris ses occupations 3 mois après. Pas de troubles vicariants. Engraissée de 10 kilos. État général excellent. Rapports sexuels normaux. N'a plus jamais souffert.

OBS. 42. — *Hystérectomie vaginale pour hématome tubaire. — Guérison absolue.* — Alphonsine C..., 26 ans. Souffre depuis un an à gauche. En janvier 1894, arrêt des règles; puis métrorrhagies, ses hémorrhagies persistent et la douleur à gauche reparait.

Diagnostic : Utérus fibromateux avec tumeur fibreuse à gauche.

H. V. 4 avril 1894. Morcellement facile. Utérus non fibromateux. Gros hématome tubaire gauche renfermant du sang comme du raisiné. Extirpation à droite, ovaire kystique enlevé. Suites immédiates : température 40° pendant 3 jours ; puis se rétablit.

Revue, octobre 1896. A maigri. Pas de troubles vicariants. Se trouve très bien à part quelques petites douleurs.

Obs. 43. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour ovaire scléro-kystique. — Résultat satisfaisant.* — Mme L..., 25 ans, laparotomie, février 1894 par M. Richelot. Utérus mobile. Femme hystérique.

H. V. 19 octobre 1894. Gros ovaire polykystique droit sans adhérence, extirpation.

Revue, janvier 1895 et octobre 1896. N'a plus d'attaques. Va très bien. Se plaint de constipation et de bouffées de chaleur.

Obs. 44. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme S..., 44 ans. Poussée de pelvi-péritonite il y a un an. Abscessus ouvert spontanément près de l'ombilic.

Fistule suintante, gaz ; une sonde pénètre jusque vers le fond de l'utérus. Ne communique-t-elle pas avec l'intestin ?

H. V. 14 mai 1895. Morcellement utérin. Grosse poche à droite. Ouverture, pus fétide avec gaz. Lavage, drainage. Aucune ablation d'annexes.

Revue, novembre 1895. Souplesse du cul-de-sac vaginal.

Revue, octobre 1896. Guérison parfaite.

Obs. 45. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne diffuse. — Guérison absolue.* — Mme C..., 28 ans. Infection puerpérale, il y a quatre ans. Poussée de pelvi-péritonite depuis 3 mois, très émaciée, température 40°. Magma pelvien total, utérus enclavé et fixe.

H. V. 18 juillet 1896. Morcellement très difficile. A moitié chemin, poche de pus s'ouvre à gauche. Lavage. Drainage de la poche. Le fond de l'utérus et les annexes sont laissés.

Revue, octobre 1896. La malade va bien mais perd encore du pus.

Obs. 46. — *Hystérectomie vaginale pour hématoze tubaire gauche. — Guérison absolue.* — Mme Juliette T..., 22 ans, 2 grossesses. Il y a six mois, arrêt des règles pendant 2 mois, puis métrorrhagies.

Utérus gros, mou ; cul-de-sac antérieur postérieur et gauche plein d'une collection limitée.

H. V. 27 mai 1896. Utérus adhérent. Grosse poche tubaire gauche qui coiffait l'utérus jusque sur la ligne médiane et à droite. La trompe est crevée, un caillot est évacué ; les annexes gauches sont extirpées, celles de droite laissées.

Revue, octobre 1896. Guérison parfaite. A travaillé un mois après l'opération. Bouffées de chaleur pendant les règles. Engraissée. Plus nerveuse. Coût un peu douloureux.

OBS. 47. — *Hystérectomie vaginale pour kyste parovarique et rétroversion.* — *Guérison absolue.* — Mme B... Elisabeth, 41 ans, souffre depuis un an. Métorrhagie. Constipation. Utérus en rétroversion accentué et mobile. Cul-de-sac gauche renferme masse dure grosse comme une orange.

H. V. 11 février 1896. A gauche grosse poche séreuse, mince, incisée : impossible à enlever à cause des adhérences.

Revue, octobre 1896. Va bien. Bouffées de chaleur. Rapports sexuels normaux.

OBS. 48. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — Mme M... Laurentine. Souffre depuis 3 mois. Métorrhagie. Amaigrissement. Facies terreux.

Au toucher masse douloureuse formant croissant et bombant dans le vagin autour de la partie antéro-latérale gauche de l'utérus.

H. V. 9 novembre 1895. Morcellement difficile. Ablation bilatérale de deux pyo-salpinx.

Revue, octobre 1896. A repris son travail 3 semaines après sa sortie. État parfait. Marche et travaille beaucoup. Engraissée. Un peu nerveuse. N'a plus de troubles digestifs.

OBS. 49. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison complète.* — Mme Sidonie D..., 35 ans. Infection puerpérale il y a huit ans.

H. V. 27 juillet 1895. Double pyo-salpinx. Extirpation complète.

Revue, octobre 1896. Va très bien, a travaillé 3 mois après l'opération. Légère douleur à droite. Plus nerveuse. Engraissée. Constipée. Rapports sexuels moins fréquents.

OBS. 50. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie.* — *Guérison absolue.* — Mme Emilie D..., 38 ans. Castration unilatérale par Férillon en 1891. 15 mois après, grossesse à terme. Nerveuse. Migraine, continue à souffrir.

H. V. 15 octobre 1895. Facile. Extirpation des annexes droites, 1,

Revue, octobre 1896. Etat parfait, nerveuse. Quelques bouffées de chaleur.

OBS. 51. — *Hystérectomie vaginale pour hydro-salpinx et petits fibromes.* — *Guérison absolue.* — Marie P..., 45 ans. Poussées douloureuses. Faiblesse extrême, garde le lit.

Diagnostic. — Grosses lésions des annexes, poche fluctuante à droite ; peut-être pyo-salpinx.

H. V. 5 octobre 1895. Morcellement difficile. Petits fibromes. Annexes gauches saines laissées. Ouverture et ablation d'un hydro-salpinx droit.

Revue, octobre 1896. Etat parfait. Pas plus nerveuse. Bouffées de chaleur. Légère cystocèle occasionnant un peu de fréquence des mictions.

OBS. 52. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — Mme Jeanne K..., 26 ans. Métorrhagies fréquentes, douleurs.

Au toucher : utérus fixe. Grosse masse confondue avec lui au niveau du cul-de-sac droit.

H. V..., 23 mars 1895. Morcellement difficile. Débâcle purulente en arrière. Extirpation bilatérale des annexes. A gauche trompe parenchymateuse ; à droite grosse poche d'abord évacuée.

Revue, octobre 1896. Etat parfait. Pas de troubles vicariants. Rapports sexuels normaux.

OBS. 53. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx.* — *Guérison absolue.* — Mme Marie D..., 45 ans ; jamais de grossesse.

Diagnostic : Grosse lésion annexielle.

H. V. 29 décembre 1894. Utérus fixe. Annexes très adhérentes. Pyo-salpinx double extirpé. Kyste purulent péri-tubaire à gauche.

Revue, octobre 1896. Légère sensibilité à gauche. Heureuse de son état. Travail beaucoup. Pas de troubles vicariants.

OBS. 54. — *Hystérectomie vaginale pour double hydro-salpinx.* — *Guérison absolue.* — Mme P..., 25 ans. Métorrhagies nécessitant curetage en 1893 et Schröder quelques mois plus tard.

H. V. 3 novembre 1894. Double hydro-salpinx extirpé complètement.

Revue, octobre 1896. Etat parfait. Rapports sexuels normaux. Mais plus nerveuse et migraine.

OBS. 55. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — Guérison complète.* — Mme Vve M..., 45 ans, jamais de grossesse, garde le lit, tuméfaction, occupation le Douglas et le cul-de-sac droit. Accès fébriles.

H. V. 24 novembre 1894. Morcellement difficile. Une poche purulente ouverte en avant. Annexes laissées.

Revue, octobre 1896. Va très bien. Palpitations au moment des règles.

OBS. 56. — *Hystérectomie vaginale pour double hydro-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme Vve B..., 32 ans. Souffre depuis l'âge de 15 ans.

H. V. 30 octobre 1894. Morcellement facile. Deux gros hydro-salpinx avec ovaires kystiques. Extirpation complète.

Revue, octobre 1896. Va bien. Se plaint un peu des reins. Rapports sexuels normaux.

OBS. 57. — *Hystérectomie vaginale pour salpyngo-ovarite double avec grosse métrite hémorrhagique. — Guérison absolue.* — Mme Juliette S..., 32 ans. 5 enfants. Métrorrhagie continue.

H. V. 20 octobre 1894. Morcellement facile. Ovaire kystique adhérent. Extirpation complète.

Revue, octobre 1896. Rapports sexuels normaux. Bouffées de chaleur. Léger écoulement vaginal séreux. Hémorrhoides. Se trouve très bien.

OBS. 58. — *Hystérectomie vaginale pour hydro-salpinx double et ovaire kystique. — Guérison absolue.* — Mme Louise R..., 31 ans, a subi deux curettages. Très nerveuse.

H. V. 10 septembre 1894. Extirpation complète d'ovaires kystiques et hydro-salpinx.

Revue, octobre 1896. Très bien guérie. Très contente de son sort. A eu beaucoup de bouffées de chaleur au début mais peu maintenant. Légère douleur insignifiante à droite. Un peu de faiblesse dans les jambes. Tantôt se fatigue vite, tantôt fait une grande marche sans efforts.

OBS. 59. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme L..., 24 ans, souffre depuis 3 mois. Métrorrhagies. Culs-de-sac empâtés.

H. V. 24 août 1894. Extirpation complète des annexes (serpents tubaires de moyen volume).

Revue, octobre 1896. État excellent. Quelques bouffées de chaleur. Douleur insignifiante quand elle se fatigue. Rapports sexuels normaux.

Obs. 60. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx*. — *Guérison absolue*. — Mme Caroline D., 40 ans. Souffre depuis 10 ans. Poussée péritonitique depuis trois semaines. Douleurs violentes.

H. V. 19 juillet 1894. Utérus énorme, très fongueux (pouvait être pris pour du cancer. Extirpation complète des annexes. 2 gros pyo-salpinx. Pus extrêmement fétide.

Revue, octobre 1896. Va bien. Engraisée. Quelques bouffées de chaleur. Se plaint d'un peu de pesanteur et de sensibilité à droite. Léger affaissement de la paroi vaginale. Agénésie.

Obs. 61. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour pyo-salpinx*. — *Guérison absolue*. — Mme M., 34 ans.

Laparotomie par M. Richelot en 1890 à Tenon pour pyo-salpinx gauche, a été très bien pendant trois ans ; puis nouvelles douleurs.

H. V. 7 juillet 1894. Morcellement difficile. A droite, serpent tubaire suppuré et abcès péri-tubaires. Extirpation.

Revue, octobre 1896. État excellent. Pas de troubles vicariants. Pas plus nerveuse. Appétence génitale-diminuée.

Obs. 62. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite*. — *Guérison absolue*. — Mme Joséphine D., 40 ans. Malade depuis très longtemps, après un accouchement. Crises douloureuses violentes depuis 4 ans.

H. V. 10 juin 1894. Utérus adhérent. Extirpation annexielle complète. A droite annexite parenchymateuse. A gauche hydro-salpinx comme le poing.

Revue, octobre 1896. Santé parfaite. Se plaint de l'insuffisance de son mari.

Obs. 63. — *Hystérectomie vaginale pour annexite suppurée*. — *Guérison absolue*. — Mme R., 36 ans. Annexite droite. 3 enfants venus à 7 mois. Plusieurs poussées péritonitiques.

H. V. 24 mai 1894. Utérus enlevé. Morcellement laborieux. Annexes droites parenchymateuses laissées en place. Trompe gauche parenchymateuse, flanquée d'un gros kyste suppuré ovarien. Ouverture et lavage.

Revue, octobre 1896. Rapports sexuels normaux. Guérison complète.

OBS. 64. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — Elisa P..., 33 ans. Douleurs subites avec frissons il y a trois mois. Utérus fixé contre le pubis. Grosse masse en arrière et à droite de l'utérus.

Diagnostic : Gros pyo-salpinx droit.

H. V. 18 mai 1895. Utérus fixe et friable. A gauche hydro-salpinx. A droite gros pyo-salpinx ouvert et drainé. Annexes laissées en place.

Revue, octobre 1896. État excellent. Pas de troubles vicariants. Pas de phénomènes nerveux. Engraisée. Rapports sexuels parfaits.

OBS. 65. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx double.* — *Guérison absolue.* — Mme Marie C..., 44 ans. 3 enfants, souffre depuis 15 ans, alitée depuis plusieurs mois.

H. V. 27 juillet 1895. Extirpation complète d'un double pyo-salpinx.

Revue, octobre 1896. Reprend ses occupations un mois après l'opération. Quelques bouffées de chaleur, l'obligeant à se déshabiller. Pas plus nerveuse qu'autrefois. État général excellent. Appétence génitale exagérée.

OBS. 66. — *Hystérectomie vaginale pour double pyo-salpinx.* — *Guérison absolue.* — Mme M..., 54 ans, cuisinière. 2 grossesses. Règles normales. Souffre, surtout depuis deux mois, ne peut marcher.

Examen: Utérus peu mobile. Annexite double.

H. V. 6 juin 1896. Gros utérus scléreux. Énucléation difficile de deux gros serpents tubaires suppurés, haut situés, difficiles à contourner.

Revue, octobre 1896. Guérison parfaite. Pas plus nerveuse qu'avant l'opération. Quelques bouffées de chaleur. Rapports sexuels normaux.

OBS. 67. — *Hystérectomie vaginale pour hydro-salpinx double.* — *Guérison absolue.* — Mme Marie G..., 36 ans, concierge. Règles toujours douloureuses. Accouchement à 28 ans. Perd du sang depuis ce temps. Curettage arrête les hémorrhagies mais pas les douleurs. Une poussée de pelvi-péritonite.

Examen : Ventre douloureux, utérus en rétroflexion, col énorme, double annexite.

H. V. 28 avril 1896. Extirpation complète d'un double hydro-salpinx.

Revue, octobre 1896. État parfait. Rapports sexuels normaux.

OBS. 68. — *Hystérectomie vaginale pour hémato-salpinx.* — *Guérison complète.* — Mlle Anna R..., domestique, 23 ans. Malade depuis 4 mois, souffre surtout à droite. Métrorrhagie.

Examen : A gauche trompe allongée en forme de corde, indurée et douloureuse. A droite tumeur comme mandarine.

H. V. 18 juin 1895. A gauche petite trompe adhérente, extirpée à l'exclusion de l'ovaire. A droite gros hématome tubaire, extirpation.

Revue, octobre 1896. Guérison parfaite.

Obs. 69. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour pyo-salpinx*. — *Guérison absolue*. — Mme S..., couturière, 27 ans.

Laparotomie en mars 1896. Extirpation gauche des annexes. Depuis souffre toujours. Métrorrhagie abondante, 2 semaines par mois. Travail impossible.

Toucher : tumeur grosse comme mandarine à droite. A gauche, moignon douloureux.

H. V. 20 juin 1895. Grosse trompe gorgée de pus. Extirpation des annexes.

Revue, octobre 1896. Souffre parfois un peu à gauche. Guérison. Rapports sexuels normaux.

Obs. 70. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx gauche, hémato-salpinx droit*. — *Guérison absolue*. — Mme Marie R..., 33 ans. Cette femme accouche à 22 ans. Accouchement laborieux à 23 ans : fièvre, cellulite pelvienne nécessitant incision sus-inguinale à droite et à gauche. A toujours souffert depuis ce temps c'est-à-dire neuf ans. Pesanteur dans le rectum. Leucorrhée abondante.

Examen difficile. Utérus fixe. Annexite double surtout à gauche.

H. V. 18 avril 1896 (par M. Pauchet). Utérus descend mieux qu'on n'aurait cru. Hémato-salpinx droit. Gros serpent tubaire suppuré à gauche. Extirpation bilatérale.

Revue, octobre 1896. Guérison parfaite. Rapports sexuels normaux.

Obs. 71. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx gauche et hydro-salpinx droit*. — *Guérison absolue*. — Mme R..., couturière, 22 ans. Souffre depuis 3 mois. Jamais de grossesse. Leucorrhée. Règles douloureuses. Utérus peu mobile. Annexite bilatérale.

H. V. 29 janvier 1895. Utérus enclavé, extirpé avec moyenne difficulté. Hydro-salpinx enlevé à droite. A gauche grosse poche. Incision. Lavage. Drainage. Laisser en place.

Revue, octobre 1896. Souffre un peu à gauche. Rapports sexuels normaux. Légère leucorrhée. État général excellent.

Obs. 72. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx*. — *Guérison absolue*. — Mme L..., 27 ans, domestique. Fausse couche il y a un

an, à la suite de laquelle suppuration pelvienne nécessitant une incision vaginale. Douleurs persistent au moment des règles. Depuis 3 semaines souffre continuellement. Il y a dix jours métrorrhagie et douleurs violentes.

Examen : Gros utérus derrière la symphyse pubienne. Grosse masse occupant les culs-de-sacs postérieur et latéral gauche : pas fluctuante.

H. V. 3 décembre 1895. Utérus fixé. Morcellement difficile. Extirpation complète d'un double pyo-salpinx.

Revue, octobre 1896. État parfait. Appétence génitale exagérée. « Je suis enchantée de mon sort ».

Obs. 73. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme A..., 34 ans, marchande de vins, 2 enfants, une fausse couche, cette dernière il y a six ans. Souffre et perd depuis 2 mois, ne peut marcher.

H. V. 3 janvier 1896. Double pyo-salpinx. Extirpation totale. Malgré cela fistulette au fond du vagin.

Revue, octobre 1896. Souffre un peu à gauche. A engraisé de 26 livres. Quelques bouffées de chaleur.

Obs. 74. — *Hystérectomie vaginale pour kyste dermoïde et ovaire sclérokystique. — Guérison incomplète.* — Mme C..., 41 ans, marchande de vins. 4 enfants ; le dernier à 35 ans. Une fausse couche. Souffre à gauche depuis un an dans le ventre et la cuisse correspondante. Leucorrhée.

Examen : Prolapsus. Annexes grosses surtout à gauche.

H. V. 30 mai 1894. Morcellement facile. Gros ovaire kystique à droite : kyste dermoïde gros comme le poing à gauche. Extirpation bilatérale des annexes.

Revue, octobre 1896. Guérison parfaite. Hémoptysies pendant 18 mois après l'opération. Ont cessé depuis un an. Embonpoint augmenté. Plus nerveuse qu'avant.

Obs. 75. — *Hystérectomie vaginale pour métrite chronique douloureuse avec salpingite parenchymateuse légère. — Guérison absolue.* — Mme Berthe P..., 35 ans, institutrice. 4 accouchements, le dernier il y a huit ans, enfant macéré, métrite depuis ce temps. Leucorrhée, douleur intense surtout avant les règles.

Examen : Utérus gros, douloureux, col fongueux, traitement médical fait depuis longtemps.

H. V. 21 mai 1896. Morcellement facile. Annexes 9 couches laissées.

Revue, octobre 1896. Guérison absolue, engraisse, bouffées de chaleur, nerveuse comme avant l'opération.

Obs. 76. — *Hystérectomie vaginale pour ovaire scléro-kystique et métrite hémorrhagique rebelle.* — *Guérison absolue.* — Mme Eugénie L..., fleuriste, 29 ans. 3 enfants, 2 fausses couches, la dernière il y a un an. Curettage il y a six mois. Souffre et perd autant.

Examen : Utérus rétroversé, col gros entr'ouvert, fongueux. Peu de chose aux annexes.

H. V. 3 novembre 1894. Morcellement facile. Ovaire scléro-kystique extirpé.

Revue, octobre 1896. Souffre six mois chez elle. Moins nerveuse, moins de névralgie qu'avant l'opération. Guérison parfaite. Absence de rapports sexuels mais non de désirs.

Obs. 77. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx.* — *Guérison absolue.* — Mme Maria B..., 28 ans, tapissière. Une grossesse normale il y a 11 ans, souffre du ventre depuis un an, ne peut marcher.

Diagnostic : Fibrome moyen remontant à mi-chemin de l'ombilic.

H. V. 28 mars 1896. Utérus fixe surtout à droite ; morcellement laborieux. Une poche à gauche fait saillie dans la cavité utérine : évacuation énorme de pus fétide. Après ablation utérine, autre poche à gauche (ovaire?). Évacuation abondante fétide. Lavage et drainage de la poche qui est laissée. A droite grosses annexes parenchymateuses sont extirpées.

Revue, octobre 1896. Guérison absolument parfaite.

Obs. 78. — *Hystérectomie vaginale pour névralgie pelvienne avec petites lésions des annexes.* — *Résultat satisfaisant.* — Mme Claire B..., 39 ans, lingère, souffre depuis 14 ans, mais surtout depuis 6 mois. Une grossesse. Ménorrhagies toutes les 6 semaines. 2^e grossesse il y a 4 ans, ne peut travailler.

H. V. 2 avril 1896. Cas facile. Annexes laissées volontairement car elles sont saines.

Revue, octobre 1896. Pas plus nerveuse qu'avant : guérison absolue pendant 6 mois, puis recommence à souffrir un peu à gauche, guérison relative, peut travailler

Obs. 79. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx.* — *Guérison absolue.* — Mlle Anna H..., 34 ans. Traitée depuis 6 ans par des pansements utérins, pour métrite. Curettée par M. Richelot. Douleurs et hémorrhagies persistent.

H. V. 12 décembre 1894. Facile. Annexes gauches adhérentes, peu altérées. A droite, serpent tubaire. Extirpation bilatérale.

Revue, octobre 1896. A souffert un peu pendant un an. Plus nerveuse qu'avant. Bouffées de chaleur ; migraines. Actuellement, guérison parfaite. Rapports sexuels normaux.

Obs. 80. — *Hystérectomie vaginale pour salpingite parenchymateuse*. — *Guérison absolue*. — Virginie G..., 34 ans. Soignée depuis longtemps pour métrite. Une grossesse. Gros utérus malade. Annexite gauche.

H. V. 20 mars 1896. Facile. Ablation à gauche d'une trompe parenchymateuse et d'un ovaire kystique comme une mandarine.

Revue, en octobre 1896. Guérison absolue. Plus émotive qu'auparavant. Rapports sexuels normaux.

Obs. 81. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx double*. — *Guérison absolue*. — Mme G..., couturière, 29 ans. 2 enfants. Souffre depuis 4 mois, époque à laquelle elle a eu une hémorrhagie abondante. Utérus adhérent, enclavé. Annexite double, surtout à gauche.

H. V. 15 janvier 1894. Difficile. Double pyo-salpinx. Gros kyste dermoïde de l'ovaire droit. Extirpation bilatérale.

Revue, en octobre 1896. Guérison parfaite. Pas plus nerveuse qu'avant. Léger écoulement séreux. Rapports sexuels un peu diminués.

Obs. 82. — *Hystérectomie vaginale pour salpingite parenchymateuse et gros utérus scléreux*. — *Guérison absolue*. — Hortense Ch..., 34 ans. lingère. Pas réglée depuis 7 ans. Souffre 2 ou 3 semaines par mois. Ne peut travailler. Utérus mobile, lésions légères. Pas de grossesse.

H. V. 7 novembre 1895. Vagin étroit. Gros utérus lardacé. Flot de sang sirupeux, noir, sort du Douglas. Adhérence de l'utérus en avant et au fond. Gros serpent tubaire, probablement sanguin, à droite, et très élevé. A gauche, annexes parenchymateuses. Annexes laissées des deux côtés.

Revue, en octobre 1896. N'a pas souffert des pinces. Guérison parfaite. Moins nerveuse qu'avant. Rapports sexuels normaux. Elle vient de faire à pied, sans fatigue, 15 kilomètres pour aller voir le tzar.

Obs. 83. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx*. — *Guérison absolue*. — Mme B..., 28 ans, cartonnière, 2 enfants, le dernier il y a 3 ans. Depuis, souffre dans le ventre. Douleurs extrêmes depuis 4 mois. Garde le lit. Règles arrêtées.

Grosse poche, en arrière et à droite. Utérus immobile.

H. V. 28 février 1895. Utérus fixe. Au moment du détachement du col, flots de pus en avant et en arrière.

Morcellement difficile à cause de la friabilité. Les cornes sont laissées avec une languette sur chacune d'elles. Pas d'ablation d'annexes. Tampons entre les deux cornes pour faciliter le drainage. Le péritoine n'a pas dû être ouvert.

Revue, octobre 1896 : « Ne s'est jamais si bien portée », dit-elle.

Obs. 84. — *Hystérectomie vaginale pour névralgie pelvienne.* — *Guérison absolue.* — Marie B..., 28 ans, domestique. Névropathe. Curettée il y a 18 mois. Hystéropexie il y a un an. Depuis ce temps, souffre de névralgies pelviennes intenses. Au toucher, sensibilité extrême de l'utérus et des annexes.

H. V. 6 juin 1896. Difficile à cause de l'hystéropexie. Section de la bride abdominale au-dessous d'une languette.

Revue, octobre 1896. État parfait.

Obs. 85. — *Hystérectomie vaginale pour névralgie pelvienne.* — *Résultat provisoire.* — Mme B..., 27 ans.

N'a jamais eu de règles. Douleurs violentes, surtout à droite. Utérus de 8 centimètres. Gros ovaire droit. N'est pas hystérique.

H. V. 12 mars 1895. Utérus gros. Renferme un verre de sang noir. Trompes et ovaires d'aspect normal, sauf la trompe droite qui est atrophiée et comme fusionnée avec l'ovaire et le bord supérieur du ligament large.

Revue, octobre 1896. A souffert à droite pendant 10 mois. Guérison. Rapports sexuels normaux.

Obs. 86. — *Hystérectomie vaginale pour hémato-salpinx.* — *Guérison absolue.* — Ernestine B..., 31 ans, passementière. Métrite il y a 11 ans, pour rétention placentaire infectée. Pelvi-péritonite il y a 2 ans. Depuis, règles peu abondantes ; douleurs violentes à droite. Métorrhagies depuis 2 mois.

H. V. 23 juillet 1896. Utérus facile. Annexes gauches adhérentes, peu grosses, laissées en place. À droite, gros hématome tubaire adhérent, élevé. Extirpation.

Revue, octobre 1896. Léger écoulement vaginal séreux. Quelques bouffées de chaleur. Ne souffre pas du tout. Guérison absolue.

Obs. 87. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx double.* — *Résultat satisfaisant.* — R... Catherine, 40 ans, domestique, a eu un

enfant à 33 ans. Un an après, commence à perdre et à souffrir. Un médecin lui cautérise le col pendant plusieurs mois. Poussée de péritonite il y a 2 ans.

Souffre et perd abondamment depuis 2 mois.

H. V. 30 juillet 1896. Utérus fixé, difficile à descendre. 2 gros serpents tubaires purulents, très élevés, difficiles à extraire, très bien énucléés sans rupture.

Revue, octobre 1896. A souffert des reins longtemps, mais plus depuis un mois. Léger écoulement vaginal séreux. Appétence génitale normale. État satisfaisant.

Obs. 88. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx droit et péritonéal. — Guérison absolue.* — Mlle S..., 20 ans, domestique, 23 juillet 1894. Ni accouchement, ni fausse couche. Leucorrhée, règles douloureuses. Utérus enclavé, annexes volumineuses, probablement suppurées.

H. V. Morcellement difficile. Utérus tenant très fort à droite. Au cours du morcellement, l'écarteur antérieur creève une poche. Seconde poche s'ouvre au niveau du cul-de-sac postérieur. Annexes gauches petites, laissées en place. A droite, gros serpent tubaire plein de pus et non crevé. Guérison.

Reçu d'un confrère de Bordeaux la lettre suivante : « Ayant à examiner les filles publiques au dispensaire de la salubrité, j'ai visité Louise S... qui m'a dit : Ne cherchez pas mon col, je n'en ai pas. — Vous avez été opérée de ce côté ? — Oui, à Paris, il y a deux ans, par M. Richelot... J'examine cette femme et je trouve un vagin profond et bien formé... Souffrez-vous quelquefois ? — Non. — Éprouvez-vous quelque désir de l'homme ? — Non ; si l'homme est un peu fort, je sens quelque chose ; s'il est... petit, rien du tout. — M. Richelot vous a-t-il revue pour les résultats éloignés ? — Non, docteur, il me l'avait cependant demandé. — M'autorisez-vous à lui donner de vos nouvelles et à dire que votre état est parfait ? — Certainement, Monsieur, j'ai été opérée au chalet de St-Louis, le 28 juillet 1894 ».

Obs. 89. — *Hystérectomie vaginale pour névralgie pelvienne. — Guérison absolue.* — Alexandrine M..., malade depuis 9 ans. Deux enfants (5 ans et 40 ans). Règles irrégulières. Au toucher, rien, sauf douleur. Femme nerveuse, arthritique ; attaques de nerfs. Traitée depuis des années par des cautérisations. Incapable de marcher.

H. V. le 27 avril 1895. Utérus gros et congestionné. Annexes sains. *Nouvelles*, octobre 1896. Guérison parfaite.

OBS. 90. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme M..., 33 ans, souffre depuis 2 ans. Jamais d'accouchement. Ces accidents succèdent à une grippe aiguë, dit son médecin (?). Il est plutôt probable que les accidents infectieux soi-disant grippaux sont liés à une pelvi-péritonite.

Examen : Grosse poche gauche, très élevée. Cachexie. Apyrexie.

H. V. 21 mai 1895. Utérus petit. Au cours du morcellement, une collection purulente s'ouvre en avant. Lavage. Après ablation de l'utérus, on reconnaît : grosse poche gauche, très haute. Ouverture, lavage, drainage. A droite, annexes parenchymateuses. *Aucune extirpation des annexes.* Les jours suivants : température approche de 38°. On remarque une collection laissée sous la paroi abdominale, au-dessous du bord externe du muscle droit antérieur.

29 mai : Une incision abdominale. Ouverture d'une collection intra-péritonéale de sérosité louche, entourée de fausses membranes et contenant des flocons fibrineux. Est-ce une péritonite circonscrite autour d'annexes tuberculeuses ?

Revue, octobre 1896. Guérison absolue. Embonpoint.

OBS. 91. — *Hystérectomie vaginale pour grosse métrite hémorrhagique, déjà traitée [Schræder, etc.]. — Guérison absolue.* — Mme Du..., 29 ans, mariée depuis 5 ans. Curetage en 1891, pour métrite hémorrhagique et rétroversion. En 1893, nouveau curetage et Schræder. En 1895, toujours dans le sang ; accidents intestinaux graves ; syncopes fréquentes ; anémie profonde par les hémorrhagies.

H. V. le 25 septembre 1895. *Annexes laissées.*

Nouvelles, octobre 1896. Guérison absolue.

OBS. 92. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie. — Guérison absolue.* — Félicie La..., 32 ans, journalière. Castration bilatérale à Tenon en février 1889. Schræder en février 1890. A toujours continué à souffrir, surtout depuis 4 mois.

Nerveuse, arthritique, névralgie pelvienne. Marche pliée en deux, etc.

H. V. 26 novembre 1895. Petit utérus, atrophié.

Revue, octobre 1895. Parfaitement guérie.

OBS. 93. — *Hystérectomie vaginale incomplète pour suppuration pelvienne. — Guérison absolue.* — Mme Po..., 40 ans, arrive du Transvaal. Présente des « accès de fièvre intermittente pernicieuse », qui ne sont autres que de l'infection pelvienne, 9 enfants.

H. V. 30 décembre 1895. Utérus fixé, très difficile à morceler. Après

ablation du segment inférieur, débâcle de pus fétide. Lavage au sublimé. Le morcellement du corps est continué. Celui-ci étant réduit à l'état de coque, une nouvelle collection s'ouvre à gauche. Lavage au sublimé. La coque utérine, le fond de l'utérus et les annexes sont laissés. Les poches sont drainées. L'opération est finie avec les deux languettes utérines seules.

Suites régulières.

Actuellement, guérison absolue.

Obs. 94. — *Hystérectomie vaginale pour grosse métrite scléreuse et névralgie pelvienne. — Guérison absolue.* — Léonie N..., 39 ans, limonadière, neuro-arthritique. Métrorrhagies répétées. Gros utérus mobile (fibromes pariétaux ?). Douleurs pelviennes.

H. V. février 1896. Utérus scléreux, blanc, coriace. Peu de lésions des annexes.

Revue, août 1896. Guérison parfaite.

Obs. 95. — *Hystérectomie vaginale pour névralgie pelvienne et petites lésions. — Guérison absolue.* — Mme Émilie L..., 35 ans, arthritique nerveuse, 3 fausses couches et un enfant, malade trois semaines par mois, depuis un an surtout. Douleurs abdominales, lombaires, revenant par crises, « la malade marche pliée ; forcée de s'étendre à chaque instant, elle a une existence intolérable, impossible », dit son frère.

Les traitements médicaux ont échoué (hydrothérapie, régime, etc.).

Toucher : petites lésions, point du col, à gauche, très douloureux, ovaire gauche très douloureux.

Discussion du traitement : Fécondité réglée (4 enfants). Age moyen. Vie impossible. Traitements médicaux impuissants, donc : traitement chirurgical radical.

H. V. 14 juin 1896. Utérus gros, parenchymateux, gros col malade, muqueuse fongueuse. Ovaires polykystiques. Trompes saines, pas d'adhérences.

Revue, septembre 1896. État local parfait. L'amélioration de l'état général s'est faite progressivement.

Obs. 95 bis. — *Hystérectomie vaginale secondaire à l'incision du cul-de-sac postérieur. — Guérison absolue.* — Laure S..., 28 ans, couturière. Jamais de grossesse. Blennorrhagie à 20 ans. Commence à souffrir de métrite à 21 ans. 2 curettages, l'un à 22 ans, l'autre à 26.

A 27 ans, poussée de pelvi-péritonite. Reste couchée six semaines. Abscès pelvien reconnu par M. Reynier à Lariboisière. Incision : un

demi-litre de pus. Suintement purulent persiste depuis l'opération (3 mois).

Examen : Masse à gauche, douloureuse. Utérus peu mobile. Suintement purulent continué *par le col* (pas d'orifice vaginal).

H. V. 21 juillet 1896. Difficile, l'utérus descend mal. Annexes droites, parenchymateuses, adhérentes, laissées. A gauche, masse formée par la trompe serpentine et son pavillon formant une poche ; annexes difficiles à détacher. Incision de la poche, écoulement de pus, lavage. Incision du corps de la trompe, rien ne sort. Il est probable que l'incision vaginale précédente a ouvert un abcès péritonéal sous-jacent à la poche ou bien un pyo-salpinx qui a récidivé et qu'on vient d'ouvrir à nouveau au moment de l'hystérectomie. Les annexes sont laissées. Guérison parfaite. Nouvelles de la malade en septembre : la guérison se maintient.

Obs. 96. — *Hystérectomie vaginale pour pyo-salpinx tuberculeux*. — *Guérison parfaite*. — Mme G..., 41 ans, teinturière. Métrorrhagies répétées. Douleurs violentes à gauche. Utérus peu mobile. Masse difficile à limiter, à gauche. A droite peu de chose.

H. V. 26 février 1895. Utérus plein de fibromes. Deux gros serpents tubaires suppurés, adhérents, très haut situés, faciles à énucléer et à extirper. Les ovaires ne sont pas vus. Ouverture des trompes gorgées de pus ; foyers caséux nets. Rien aux poumons. A eu pourtant une hémoptysie.

Guérison complète.

Obs. 97. — *Hystérectomie vaginale pour névralgie pelvienne*. — *Guérison absolue*. — Mme Va..., 29 ans, neuro-arthritique, presque toujours alitée depuis 5 ans. Un enfant et une fausse couche. Douleurs pelviennes continuelles ; marche à peine. A subi tous les traitements médicaux, sans résultat.

H. V. le 25 janvier 1895. Utérus en antéflexion. Ovaires scléro-kystique ; cas facile. Guérison : « Je n'ai plus les douleurs lancinantes que j'avais, je suis comme je n'ai jamais été. Il me semble que j'ai faim comme je n'ai pas eu depuis cinq ans ».

Nouvelles, 1896. Guérison parfaite.

Obs. 98. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour ovaires scléro-kystiques*. — *Guérison absolue*. — Mme So..., 42 ans, ayant subi castration bilatérale, continue à souffrir ; métrorrhagies ; leucorrhée.

H. V. le 21 février 1885.

Revue, octobre 1896. Guérison absolue.

OBS. 99. — *Hystérectomie vaginale pour ovaires polykystiques.*
— *Guérison absolue.* — Mme M..., 31 ans.

Utérus mobile, gros. Douleurs vives à gauche depuis une fausse couche, il y a quelques mois. Curettage en 1894, sans résultats. Grosses annexes douloureuses au toucher.

H. V. 20 janvier 1895. Cas facile. Utérus gros ; ovaires polykystiques.

Revue, 1896 ; absolument guérie.

OBS. 100. — *Hystérectomie vaginale pour névralgie pelvienne.*
— *Guérison absolue.* — Mme Marie M..., sage-femme, 27 ans. Observation publiée au dernier congrès de chirurgie de 1895 par M. Richelot.

Guérison parfaite. Suppression instantanée complète et persistante de la névralgie pelvienne.

OBS. 101. — *Hystérectomie vaginale pour hydro-salpinx.* — *Guérison absolue.* — Mme P..., 30 ans, réglée à 13 ans. 7 enfants et une fausse couche. Souffre depuis la fausse couche. Pertes blanches. Utérus peu mobile. Trompe gauche comme une mandarine.

H. V. le 14 juillet 1894. Ablation intégrale des annexes. Gros hydro-salpinx gauche.

Nouvelles, en 1896. Guérison parfaite.

OBS. 102. — *Hystérectomie vaginale pour rétroversion et ovarite kystique double.* — *Guérison absolue.* — Mme Antoinette H..., 29 ans, mariée il y a neuf ans, un enfant un an après. Gros utérus en rétroversion. Annexes douloureuses au toucher. Douleurs, fatigues continues. Impossibilité de travailler.

H. V. 15 avril 1894. Morcellement très simple. Pas d'adhérence au Douglas. Extirpation d'annexes adhérentes. Trompes saines. Ovaires gros, le gauche bourré de petits kystes, le droit transformé en une coque flasque qui s'est déchirée. 48 heures après, ablation des pinces ; hémorrhagie formidable. La malade est mise en travers du lit en position dorso-sacrée. On rattrape une grosse artère à gauche. Suites régulières.

En 1896, guérison absolue.

OBS. 103. — *Hystérectomie vaginale pour double pyo-salpinx* — *Guérison absolue.* — Mme Lév..., 32 ans. Blennorrhagie conjugale. Poussées successives de pelvi-péritonite et métrorrhagies depuis quelques mois. Utérus enclavé entre deux masses douloureuses.

Diagnostic : pyo-salpinx double, plus volumineux à gauche.

H. V. 9 mai 1894. Morcellement régulier. L'utérus descend mal. Ablation bilatérale intégrale, laborieuse. Flots de pus non fétide de chaque côté. Rectum décollé avec difficulté de la poche gauche. Les trompes sont suppurées, grosses comme des mandarines.

En 1896, guérison parfaite.

Obs. 104. — *Hystérectomie vaginale pour métrite chronique parenchymateuse et kyste ovarique droit. — Guérison absolue.* — Mlle Var..., 30 ans, souffre depuis deux ans de phénomènes de métrite : métrorrhagies, leucorrhée, douleurs. Subit un curettage en juillet 1892. En mars 1893, on remarque une masse à droite. Nouveau curettage et ablation à la curette d'une masse végétante, gélatineuse, fongueuse ; cautérisation au chlorure de zinc.

La malade continue à souffrir et à perdre.

H. V. 18 mai 1894. Utérus énorme, coriace, scléreux. Muqueuse intra-utérine très fongueuse. Annexes gauches saines. Kyste ovarique comme une orange à droite.

Suites régulières. La malade a à peine senti les pincées.

En 1896, état excellent de la malade.

Obs. 105. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme Van..., 42 ans, opérée par M. Richelot et un de ses collègues le 4 juin 1892, par laparotomie. Opération grave, longue et laborieuse. Ouverture d'une poche purulente dans le ventre à gauche ; adhérences nombreuses. Drainage abdominal. Guérison ; fistule persiste.

La fistule se ferme et se rouvre, donnant du pus, pendant 2 ans. Cautérisations, dilatations à la laminaire.

H. V. 23 mai 1894, très difficile. Gros utérus fixé dans un magma d'adhérences. Un petit abcès s'ouvre en avant de la corne utérine droite. Introduction d'une sonde par la fistule abdominale. Agrandissement de la plaie abdominale. Drainage abdomino-vaginal. Cette communication entre le vagin et l'ouverture abdominale traverse l'espace libre du péritoine et inquiète l'opérateur.

Durée de l'opération : 2 heures. Cornes utérines laissées. Jours suivants. Température : 37°. État général excellent.

Nouvelles de la malade en 1896. Parfaitement guérie de sa fistule et de ses douleurs.

Obs. 106. — *Hystérectomie vaginale pour salpingite double. — Guérison absolue.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 234. — Mlle Céline A.,, 25 ans.

Revue, 21 juillet 1896. Très bien portante. Tout est souple dans le petit bassin. Elle se dit seulement très faible. Elle est un peu neurasthénique.

OBS. 107. — *Hystérectomie vaginale pour double pyo-salpinx*. — *Guérison absolue*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 229. — Mme P..., 35 ans.

Revue. État général très bon. Cicatrice un peu douloureuse. C'est une rhumatisante accentuée.

OBS. 108. — *Hystérectomie vaginale pour double salpingo-ovarite*. — *Guérison absolue*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 217. — Mme P..., 37 ans.

Revue. État général très bon. Encore quelques petites douleurs à droite. Constipation. En somme, bien guérie.

OBS. 109. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne*. — *Résultat satisfaisant*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 196. — M. B..., 26 ans.

Revue. Bien portante. Saine d'esprit. Seulement quelques petites douleurs à gauche.

OBS. 110. — *Hystérectomie vaginale pour métrite douloureuse chronique*. — *Guérison absolue*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 187. — Mme T..., 48 ans.

Revue, en octobre 1896. Après quelques petites périodes de nervosisme, de dépression mentale, la santé et la mine sont devenues florissantes. La guérison est complète.

OBS. 111. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite*. — *Guérison absolue*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 183. — Mme M..., 23 ans.

Revue. Très bon état général. Bouffées de chaleur.

OBS. 112. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite*. — *Guérison*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 181. — Mme L..., 29 ans.

Revue. Encore quelques douleurs peu intenses des deux côtés du ventre.

OBS. 113. — *Hystérectomie vaginale pour cellulite pelvienne chronique et salpingites parenchymateuses*. — *Guérison absolue*. — Mme B... Alphonsine, 40 ans. 8 enfants. Souffre depuis le dernier,

il y a un an. Utérus enclavé, douloureux ; vagin de carton. Annexes adhérentes, peu grosses.

H. V. 5-avril 1894. Femme décharnée. Facies terreux. Morcellement utérin difficile, friable. Annexes ne renfermant pas de pus ; laissées en place.

Revue. Va bien.

OBS. 114. — *Hystérectomie vaginale secondaire pour pyo-salpinx.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 174. — Mme D..., 35 ans.

Revue, octobre 1896. Santé parfaite, sauf un peu de nervosisme et de névralgies.

OBS. 115. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite et fibrome.* — *Guérison absolue.* — Mme Louise B..., 37 ans, femme très nerveuse. Ne peut marcher.

H. V. 15 février 1894. Utérus adhérent. Fibrome interstitiel. Hydro-salpinx louché à droite ; extirpé. A gauche annexes adhérentes laissées.

Revue, état parfait. Dyspepsie et migraines persistent. Fait de la bicyclette.

OBS. 116. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — Mme Adèle V..., 35 ans, gros utérus immobile, avec masse à droite et en arrière. Vieilles lésions annexielles.

H. V. 25 février 1893. Morcellement laborieux. Processus fibreux pelviens. Un débris de la coque utérine reste. Poche est ouverte dans le Douglas. Drainage simple.

Revue. A gardé une fistule suppurante pendant 6 mois. État actuel bon.

OBS. 117. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 237. — Mme B..., 35 ans.

Revue, en octobre 1896. Parfait état. N'a pas engraisé. Rapports sexuels normaux. Quelques bouffées de chaleur. Se plaint de constipation.

OBS. 118. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite.* — *Guérison absolue.* — Mme J..., 26 ans. 4 enfants. Poussées de péritonite. Utérus gros. Grosses annexes. Plastron important envahissant la fosse iliaque droite.

H. V. 4 août 1894. Morcellement difficile. Fond de l'utérus adh-

rent aux anses intestinales. Extirpation complète des annexes, sauf de la trompe gauche.

Au fond de la plaie vaginale on aperçoit un magma d'adhérences agglutinant les anses intestinales. Qu'aurait-on fait par laparotomie ?

Revue, 1886. Santé parfaite.

OBS. 119. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 169. — Mme D..., 33 ans.

Revue, 1896. La guérison persiste. État général parfait.

OBS. 120. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour petites lésions annexielles. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 165. — Mme R..., 33 ans.

Revue, 1896. État parfait.

OBS. 121. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 164. — Lucie P..., 24 ans.

Revue. La guérison persiste. État général excellent.

OBS. 122. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 150. — Mme G..., 35 ans.

Revue. La guérison persiste. État général excellent.

OBS. 123. — *Hystérectomie vaginale pour salpingite suppurée. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 134. — Mme L..., 30 ans.

Revue. Guérie du côté du bassin. Tuberculose avancée.

OBS. 124. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour kyste para-ovarien et névralgie pelvienne. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 124. — Louise B..., 28 ans.

Revue. La guérison persiste.

OBS. 125. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 116. — Alphonsine B..., 42 ans.

Revue. La guérison persiste.

OBS. 126. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 113. — Amélie E..., 25 ans.

Revue. État parfait.

OBS. 127. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.*
— *Guérison absolue.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 110.
— Mme M..., 34 ans.
Revue. État parfait.

OBS. 128. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour pyo-salpinx.* — *Guérison absolue.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 109. — Mme G..., 31 ans.
Revue. État parfait.

OBS. 129. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite.* — *Guérison absolue.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 106. — Mme B..., 35 ans.

Revue. Va très bien. Petites douleurs névralgiques vagues. Quelques bouffées de chaleur.

OBS. 130. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Résultat satisfaisant.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 98. — Mme B..., 27 ans.

Revue. Au bout de 2 ans, douleur, empatement sus-vaginal. Incision, évacuation d'un petit abcès et d'une collection séreuse derrière la cicatrice. Depuis, elle va très bien.

OBS. 131. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour ovaires kystiques.* — *Guérison absolue.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 96. — Mme G..., 26 ans.

Revue. La guérison persiste.

OBS. 132. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour névralgies ovariennes.* — *Guérison absolue.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 95. — Mme R..., 35 ans.

Revue. Guérison parfaite.

OBS. 133. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Résultat satisfaisant.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 77. — Mme H..., 30 ans.

Revue. Fistule intestinale pendant quelque temps. Oblitération spontanée. État parfait.

OBS. 134. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Résultat satisfaisant.* — RICHELLOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 72. — Louise L..., 23 ans.

Revue. État parfait. Se plaint de très légères douleurs dans le ventre quand elle se fatigue,

OBS. 135. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une incision vaginale et une laparotomie exploratrice, pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 75.
— Mme J..., 37 ans.

Revue. État parfait. Lettres enthousiastes.

OBS. 136. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 68.
— Mme M..., 37 ans.

Envoie de ses nouvelles tous les ans à M. Richelot. État parfait.

OBS. 137. — *Hystérectomie vaginale pour rétroversion et salpingo-ovarite double.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 65. — Mme S..., 42 ans.

Revue. État parfait.

OBS. 138. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour double hydro-salpinx.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 62. — Mme L..., 36 ans.

Revue, trop souvent pendant deux ou trois ans pour petites douleurs de nervosisme, petites inquiétudes : « Est-ce bien guéri ? » « Alors, c'est bien guéri ? » « Je n'ai pas autre chose à craindre ? »

OBS. 139. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite et hydro-salpinx.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 66. — Mme M..., 36 ans.

Revue, octobre 1895 et 1896. Très bien portante, chantant et faisant son métier.

OBS. 140. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 32.
— Mme H..., 40 ans.

Revue. Va très bien. Elle envoie tous les ans un bouquet à « son sauveur ».

OBS. 141. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 35.
— Mathilde W..., 49 ans.

Revue, se porte parfaitement. Ne souffre nullement. *Pas la moindre bouffée de chaleur.*

OBS. 142. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour petites lésions annexielles.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 45. — Clotilde O..., 35 ans.

Reçoit M. Richelot tous les ans. Santé parfaite.

Obs. 143. — *Hystérectomie vaginale pour hémato-salpinx. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 48. — Mme G..., 31 ans.

Revue, octobre 1896. Va très bien. Un peu nerveuse. Légère constipation.

Obs. 144. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour rétroversion et ovaires kystiques. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 53. — Mme L..., 26 ans.

Revue. Plus de douleurs ni de troubles nerveux.

Obs. 145. — *Hystérectomie vaginale pour annexite double et rétroversion. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*.

Obs. 50. — Mme G..., 35 ans.

Revue. Va bien du côté de l'abdomen. Petites névralgies vagues. Bouffées de chaleur dont elle ne s'inquiète plus. Quelques maux de reins. Très active, très occupée. Se fatigue beaucoup comme concierge. En somme, bien portante, bonne mine, enchantée de son état.

Obs. 146. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite et rétroversion. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*.

Obs. 55. — Mme B..., 43 ans.

Revue. Va très bien.

Obs. 147. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 57.

— Mme R..., 33 ans.

Revue, 1896. Guérison parfaite. Santé florissante.

Obs. 148. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 22. —

Mme C..., 38 ans.

Revue. Va très bien.

Obs. 149. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 23.

— Noémie B..., 25 ans. Fausse couche il y a 5 mois. Pelvi-péritonite. Depuis, douleurs continuelles. Usage de la morphine. Grosse poche dure, semi-fluctuante, immobile, à droite de l'utérus. Température élevée. Douleur vive.

H. V. 16 avril 1891.

Blessure du rectum. Autoplastie quelques mois après. Guérison de la fistule.

Revue depuis. État général parfait.

OBS. 150. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.*
— *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 25.
— Mélanie M..., 21 ans.

Revue, en juin 1891, 4 mois après l'opération. Très bien portante. A peine une légère sensibilité à gauche. Ne l'empêche pas de travailler. Toucher non sensible. Au spéculum, petite plaie suintante au fond du vagin. Bouffées de chaleur.

Revue plusieurs fois depuis. Va tout à fait bien.

OBS. 151. — *Hystérectomie vaginale pour ovaires kystiques et rétroversion adhérente.* — *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 26. — Mme B..., 42 ans.

Revue. Tout est souple. Pas de douleurs. Un peu de sensibilité à gauche, mais c'est le colon iliaque qui roule sous le doigt dans la fosse iliaque. Il y a de la constipation.

OBS. 152. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.*
— *Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale.* Obs. 28.
— Mme P..., 25 ans.

Revue. La guérison persiste. État parfait.

OBS. 253. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.*
— *Guérison absolue.* — Mlle Anna F..., 23 ans. Plusieurs poussées pelviennes douloureuses.

Examen : Utérus fixé en antéflexion. Grosses annexes, surtout à gauche. La malade marche pliée en deux. Quel sera le résultat thérapeutique après hystérectomie, car il s'agit avant tout d'une neuro-arthritique ?

H. V. 26 mars 1896. Morcellement difficile. Deux gros serpents tubaires purulents. Extirpés.

Revue, octobre 1896. A plutôt maigri. Ne souffre plus. Bouffées de chaleur dix fois par jour. Toujours nerveuse. Rapports sexuels normaux. Très contente de son état. Sa voix a un peu baissé.

OBS. 154. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.*
— *Guérison absolue.* — Mme G..., 47 ans.

3 enfants. Pelvi-péritonite au dernier accouchement, il y a 17 ans. Métrorrhagies. Souffre peu.

H. V. le 10 février 1894. L'ouverture du Douglas donne issue à du pus. Après extirpation de l'utérus, le péritoine n'est pas ouvert. Annexes dures, fibreuses, adhérentes, non extirpées. Quelques jours après, fistule rectale due à l'escharification de la paroi intestinale déjà attaquée par ce pus infect. Fermeture spontanée de la fistule en un mois.

Revue, 1^{er} mai 1894. Se plaint de douleurs vagues dans le corps et de rhumatismes. Tout est souple dans le petit bassin.

Revue en octobre 1896. Légère leucorrhée, se plaint d'inappétence génitale [50 ans] !! Se plaint d'engraisser (8 kilos), nerveuse, migraineuse. Pas de bouffées de chaleur. Ne souffre plus du ventre.

OBS. 155. — *Hystérectomie vaginale secondaire à une laparotomie pour petites lésions annexielles*. — *Guérison absolue*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 262. — Mme B..., 40 ans.

Nouvelles en octobre 1896 : « Je vais tellement bien que ce n'est pas la peine d'aller vous déranger à St-Louis. Croyez à ma reconnaissance ».

OBS. 156. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne*. — *Guérison absolue*. — Mme L..., 31 ans.

Malade depuis 8 mois. Utérus fixé. Deux grosses masses latérales.

H. V. 2 mars 1795. Morcellement difficile. Extirpation bi-latérale des annexes. A droite, gros serpent tubaire suppuré. A gauche, autre gros serpent tubaire suppuré ; se rompt au cours de la décortication ; écoulement de pus.

Revue, octobre 1896. N'a plus de douleurs. Pas de pertes. Hémorroides. Nerveuse. Contente de son état.

OBS. 157. — *Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite*. — *Guérison absolue*. — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 178. — Mme G..., 29 ans.

Revue, novembre 1894, s'est reposée 50 jours après l'opération. Depuis quelque temps sa cicatrice est douloureuse au toucher. Douleurs de reins à droite (Névralgie lombo-abdominale).

Revue, octobre 1896. Leucorrhée vaginale. Ne souffre plus. Rapports sexuels normaux. Bouffées de chaleur. Toujours nerveuse. N'engraisse pas.

OBS. 158. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne*. — *Guérison absolue*. — Mme D..., 33 ans. 8 enfants. Une poussée de pelvi-péritonite il y a quinze jours.

H. V. 7 avril 1894. L'utérus descend bien, mais friable. Au cours du morcellement, une poche crève en avant. C'était une poche intrapéritonéale en avant et au-dessus du fond de l'utérus. Extirpation des annexes. Trompes parenchymateuses.

Revue, octobre 1896. Va très bien.

OBS. 159. — *Hystérectomie vaginale pour double pyo-salpinx*. — *Guérison absolue*. — Mme Q..., 51 ans.

Métrite à la suite d'une fausse couche. Complètement infectée par

des crayonnements intra-utérins. État général assez bien conservé. Utérus enclavé ; deux grosses masses annexielles avec plastron abdominal.

H. V. 11 mars 1894. Morcellement très difficile. Au cours de l'évidement utérin, une poche crève en avant. L'utérus est enlevé, pyosalpinx ouvert à droite. A gauche, une sorte de poche apparaît. Incision, c'était l'intestin. La malade sort de l'hôpital avec fistulette intestinale qui se ferme spontanément.

Revue, octobre 1896. Quelques douleurs dans le flanc gauche irradiées le long de la cuisse. A engraisé. Va très bien. Tout est souple. Quelques bouffées de chaleur. Pas de pertes.

Obs. 160. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 20. — Mme G..., 24 ans.

Revue, 1^{er} juillet 1894. Bonne mine et bonne santé. On sent le fond de l'utérus, laissé en place pendant l'opération, greffé au milieu du petit bassin. Ne souffre plus. A peine perçoit-on un peu de sensibilité à gauche. Pas la moindre perte vaginale. Bouffées de chaleur.

Revue plusieurs fois depuis, va très bien.

Obs. 161. — *Hystérectomie vaginale pour ovaires polykystiques. — Guérison absolue.* — RICHELOT, *Hystérectomie vaginale*. Obs. 19. — Mme Z..., 36 ans.

Revue, avril 1896. Guérison absolue, sans aucune réserve.

Obs. 162. — *Laparotomie pour hémato-salpinx et hydro-salpinx. — Guérison incomplète.* — Mme Mo..., 36 ans. Avortement provoqué à deux mois. Poussée subaiguë au niveau des annexes droites. La malade traîne ainsi en souffrant du ventre pendant quelques semaines. Légères métrorrhagies.

Examen : Col gros ; annexes douloureuses à droite ; peu de chose à gauche. Le curettage ne paraît pas suffisant à cause des lésions tubaires.

Laparotomie, 2 mars 1893. A droite, gros hémato-salpinx, sang noir, liquide ; un noyau de sang concret. Il s'agit là d'une grossesse extra-utérine. A gauche, grosse trompe serpentine avec sérosité difficilement énucléable et extirpable. La trompe est enlevée, l'ovaire reste.

Suites apyrétiques ; petit abcès de la paroi et fistulette allant jusque derrière l'utérus.

Revue en 1896. Elle a suivi pendant trois ans et demi divers traitements pour sa fistule qui n'est pas guérie.

Obs. 163. — *Laparotomie pour hémato-salpinx unilatéral.* — *Guérison incomplète.* — Mme G..., 40 ans. Douleurs dans le ventre. Tumeur fluctuante à gauche.

Laparotomie le 27 novembre 1892. Hémato-salpinx, comme une tête de fœtus, adhérent, difficile à énucléer. Grand lavage de l'abdomen.

Revue en 1892. Collection du cul-de-sac postérieur (séreuse). Incision simple.

Revue, novembre 1896. Métrorrhagies fréquentes. Utérus encore douloureux.

Obs. 164. — *Laparotomie pour ovaires scléro-kystiques.* — *Guérison incomplète.* — Mme L..., 28 ans. Réglée à 16 ans et régulièrement; souffre beaucoup des deux côtés du ventre.

Laparotomie, 15 novembre 1890. Ovaires gros, durs, kystiques (comme des noix). Extirpation bilatérale.

Revue, novembre 1896. Pas de pertes. Pas d'accroissement de l'embonpoint, mais dyspeptique, plus nerveuse. Coût douloureux.

Obs. 165. — *Laparotomie pour pyo-salpinx gauche et ovaire scléro-kystique droit.* — *Guérison incomplète.* — Mme P..., 29 ans. Souffre depuis deux ans, époque à laquelle un pyo-salpinx s'est ouvert dans le rectum. Laparotomie, 20 juin 1889.

Revue en 1892. Souffrante, plaignarde. Utérus névralgique.

Revue, en novembre 1896. Souffre encore du ventre et des reins. Plus nerveuse qu'avant. Bouffées de chaleur et suffocation. A engraisé.

Rapports sexuels normaux.

Obs. 166. — *Laparotomie pour ovaires scléro-kystiques et rétroflexion.* — *Guérison incomplète.* — Mme G..., 34 ans. 8 enfants. Névropathe. Annexes très douloureuses. Utérus petit.

Laparotomie, 13 mai 1890. Rétroflexion adhérente réduite sans hystéropexie. Castration bilatérale.

Revue en novembre 1896. Petites douleurs dans les reins et le ventre. Pas de bouffées de chaleur.

Plus nerveuse qu'avant. N'a pas engraisé. Rapports sexuels douloureux.

Obs. 167. — *Laparotomie pour ovaires scléro-kystiques.* — *Guérison incomplète.* — Hélène C..., 41 ans, nerveuse. Douleurs très vives; marche pliée en deux.

Laparotomie, 12 février 1892.

Petits ovaires scléreux et adhérents.

Revue, novembre 1896. A eu un abcès de la suture. Va mieux, malgré quelques douleurs dans le ventre.

Coccygodynie qui l'empêche de s'asseoir.

Obs. 168. — *Laparotomie pour ovaires kystiques. — Castration bilatérale. — Insuccès.* — Mme D..., 47 ans. Névropathe. Souffre beaucoup du bas-ventre.

Laparotomie, 27 octobre 1890.

Revue, novembre 1896. Femme détraquée. Souffre autant qu'avant.

Obs. 169. — *Laparotomie pour ovaires scléro-kystiques. — Guérison incomplète.* — Mathilde F..., 29 ans. Une fausse couche il y a deux ans.

Utérus antéfléchi. Annexes douloureuses.

Laparotomie, 24 juillet 1890.

Annexes très adhérentes extirpées.

Revue, novembre 1896. Se trouve mieux qu'avant l'opération, mais se plaint de dyspepsie, d'excitabilité de caractère, d'élancements douloureux dans les côtés et de souffrances pendant le coït.

Obs. 170. — *Laparotomie pour hématome tubaire gauche. — Guérison incomplète.* — Mme B..., 32 ans. Métrorrhagies depuis 3 mois. Masse annexielle comme le poing pesant sur le rectum.

Laparotomie, 18 juillet 1895. Gros hémato-salpinx qui crève dans le péritoine. Pas d'hystéropexie.

Revue, novembre 1896. Leucorrhée. Se trouve assez bien. Se plaint seulement de pesanteur rectale due à la rétroversion.

Obs. 171. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite. — Insuccès complet.* — Mme M..., 25 ans. Une fausse couche il y a 3 ans. Règles très douloureuses.

Laparotomie, 7 mars 1895. Deux grosses annexes très adhérentes, parenchymateuses à droite, séro-sanguines à gauche.

Revue, novembre 1896. Métrorrhagies fréquentes. Bouffées de chaleur. A engraisé de 20 kilos. Neurasthénique. Hypochondriaque. N'a jamais pu travailler. Souffre encore beaucoup. Coït douloureux.

Obs. 172. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite unilatérale. — Guérison incomplète.* — Julianne C..., 23 ans. Jamais d'enfant. Souffre depuis son mariage. A déjà subi des cautérisations et un curettage.

Laparotomie, 14 juin 1893. Castration unilatérale gauche. Gros ovaire kystique.

Revue, novembre 1896. A maigri. Se trouve mieux qu'avant l'opération, mais pertes blanches et rapports sexuels douloureux.

OBS. 173. — *Laparotomie pour gros ovaire kystique gauche et salpingite parenchymateuse droite. — Guérison incomplète.* — Henriette C..., 21 ans. A eu plusieurs poussées douloureuses du côté du pelvis. Souffre beaucoup.

Laparotomie, 6 décembre 1893. Castration bilatérale.

Revue, novembre 1896. Se trouve beaucoup mieux. Ménorrhagies. Bouffées de chaleur. Hypochondrie. Forcée de garder le lit au moment des règles. Se plaint d'engraisser.

OBS. 174. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite droite. — Insuccès.* — Mme B..., 32 ans. Souffre depuis son dernier accouchement il y a 8 ans.

Laparotomie, 23 mai 1896. Extirpation de l'ovaire droit qui est kystique, adhérent, prolabé.

Revue, octobre 1896. Souffre du côté gauche.

OBS. 175. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite droite. — Guérison incomplète.* — Mme C..., 24 ans. 1 enfant et une fausse couche. Souffre depuis 4 ans. Métorrhagies.

Laparotomie, 30 mai 1896.

Tumeur polykystique de l'ovaire, comme les deux poings. Castration unilatérale.

Revue, novembre 1896. Se trouve beaucoup mieux, mais métorrhagies fréquentes ; rapports douloureux.

OBS. 176. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite gauche. — Guérison incomplète.* — Mme Jeanne L..., 32 ans. Un accouchement il y a 4 ans. Souffre beaucoup depuis ce temps.

Laparotomie, 21 mars 1896. Castration unilatérale.

Revue, novembre 1896. Rapports sexuels douloureux. Léucorrhée, souffre encore, mais moins, des reins et du ventre. Peut travailler.

OBS. 177. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite droite. — Résultat incomplet.* — Augusta M..., 23 ans. A déjà subi un curettage et un Schröder.

Laparotomie, 24 mars 1896. Castration unilatérale.

Revue, novembre 1896. Continue à se plaindre du ventre, surtout du côté gauche où les annexes ont été respectées.

OBS. 178. — *Laparotomie pour suppuration pelvienne. — Guérison incomplète.* — Marie D..., 20 ans. Une poussée de pelvi-péritonite. Écoulement purulent, fétide par le col utérin depuis 2 mois. Empâtement à gauche.

Laparotomie : 21 juillet 1896. Pas de lésions à droite. Extirpation laborieuse d'un pyo-salpinx adhérent à gauche.

Revue, octobre 1896. Fistule sus-pubienne. Souffre encore de l'utérus. Pertes blanches.

OBS. 179. — *Laparotomie pour pyo-salpinx double. — Guérison incomplète.* — Mme V..., 28 ans. 3 accouchements. Souffre depuis 4 ans. Métrorrhagies fréquentes.

Laparotomie, 20 avril 1893. Deux grosses trompes suppurées.

Revue, novembre 1896. Souffre encore du ventre. Coût douloureux. Métrorrhagies. Pas de troubles vicariants.

OBS. 180. — *Laparotomie pour double pyo-salpinx. — Guérison incomplète.* — Louise C..., 29 ans, 2 enfants, a déjà subi un curetage.

Laparotomie, 21 mars 1894. Décortication et extirpation de deux serpents tubaires suppurés.

Revue à la fin de 1894. Souffre encore dans le ventre. Au toucher, l'utérus seul est douloureux.

OBS. 181. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite et rétroversion adhérente. — Guérison incomplète.* — Mme D..., 25 ans. A subi un curetage l'année précédente.

Laparotomie, 20 janvier 1891. Extirpation d'annexes très adhérentes et redressement de l'utérus par décollement des adhérences.

Revue, 18 mois après. Se plaint encore du ventre, mais beaucoup moins. Très nerveuse. L'utérus est petit et en position normale.

OBS. 182. — *Laparotomie pour pyo-salpinx et ovarite suppurée. — Guérison incomplète.* — Mlle F..., 35 ans. Pelvi-péritonite à la suite d'un accouchement, il y a 15 ans. Souffre beaucoup depuis plusieurs mois.

Laparotomie, 15 avril 1891. A gauche, serpent tubaire suppuré, décortiqué et enlevé.

A droite, abcès du pavillon de la trompe, se rompt dans le ventre. Lavage du péritoine. Extirpation.

Revue à la fin de l'année. Va très bien, mais petites douleurs du côté droit du ventre et de temps en temps, crises nerveuses débutant par une *aura* tantant du voisinage du pédicule tubaire droit.

OBS. 183. — *Laparotomie pour rétroversion et salpingo-ovarite double. — Guérison incomplète.* — Mme D..., 35 ans. 3 enfants. Souffre depuis 4 ans.

Laparotomie, 9 décembre 1890. Extirpation d'ovaires kystiques. Redressement de la rétroversion.

Revue, l'année suivante. Souffre un peu à droite. Perd en blanc. L'utérus est droit.

OBS. 184. — *Laparotomie pour gros ovaires scléro-kystiques. — Guérison incomplète.* — Amanda B..., 32 ans, 3 enfants. Souffre beaucoup surtout au moment des règles.

Laparotomie, 8 juillet 1890.

Extirpation bilatérale.

Revue un an après : se plaint de souffrir. L'utérus est petit, mobile et douloureux.

OBS. 185. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite double. — Guérison incomplète.* — Mme B..., 27 ans. A eu 2 enfants. Souffre beaucoup, depuis 2 mois surtout. Ne peut marcher ni rester longtemps debout. Les douleurs sont surtout vives à droite.

Laparotomie, 7 mars 1889.

Extirpation bilatérale des annexes.

Revue à la fin de l'année. Quelques douleurs encore à droite. Métrorrhagies.

OBS. 186. — *Laparotomie pour névralgie pelvienne et ovaire kystique. — Guérison incomplète.* — Augustine C..., 28 ans.

A déjà subi un curettage. Signes de grande hystérie. Toucher extrêmement douloureux. Pas de lésions perceptibles.

Laparotomie, 16 janvier 1894.

Extirpation d'un gros ovaire hystique adhérent à droite.

Revue quelques mois après. Elle souffre autant qu'avant, mais du côté droit.

OBS. 187. — *Laparotomie pour ovaire kystique gauche. — Guérison incomplète.* — Amélie T..., 24 ans, 2 accouchements.

Laparotomie, 4 janvier 1894. Extirpation de l'ovaire gauche.

Nouvelles, en octobre 1896. Souffre du côté où on a laissé les annexes, surtout au moment des règles.

OBS. 188. — *Laparotomie pour ovarite kystique double. — Guérison incomplète.* — Mme P..., 25 ans.

Laparotomie, 20 mai 1890. Annexes très adhérentes, difficiles à extirper.

Revue, quelques mois après. Crises douloureuses. Bouffées de chaleur. Fausses règles qui durent 24 heures ; mais bonne mine et bon appétit.

OBS. 189. — *Laparotomie pour ovarite kystique double et antéversion.* — *Guérison incomplète.* — Mme M..., 39 ans. 2 fausses couches et un enfant. Souffre beaucoup au moment des règles.

Laparotomie, 22 novembre 1890. Extirpation d'annexes adhérentes.

Revue, 3 ans après. Les tissus pelviens sont souples ; mais se plaint de douleurs. Très nerveuse.

Dilatation de l'estomac. Se plaint de douleurs dans tout le corps.

OBS. 190. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite kystique double.* — *Guérison incomplète.* — Mme L..., 24 ans. Un enfant. Poussée de pelvi-péritonite à l'époque de l'accouchement. Souffre beaucoup surtout à gauche.

Laparotomie, 2 avril 1890. Annexes très adhérentes. Kystiques.

Revue, le 6 mai 1891. Règles reviennent tous les mois, durent 8 jours.

Phénomènes nerveux. Quelques petites douleurs dans le ventre.

OBS. 191. — *Laparotomie pour ovaires scléro-kystiques.* — *Guérison incomplète.* — Mme L..., 27 ans. Une poussée de pelvi-péritonite à 19 ans. Règles très douloureuses.

Laparotomie, 11 janvier 1890. Ovaires kystiques très adhérents extirpés des deux côtés.

Revue, 18 mois après. Pendant quelque temps a marché difficilement à cause des douleurs de ventre et de reins ; depuis ce temps, elle a repris ses occupations, mais se plaint de constipation, de gonflement du ventre. L'utérus est douloureux et en rétroversion. A ses règles régulièrement tous les mois.

OBS. 192. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite double et rétroversion.* — *Guérison incomplète.* — Mme L..., 26 ans.

Laparotomie, 8 janvier 1891. Castration bilatérale. Redressement de l'utérus.

Revue quelques mois plus tard. Va bien, mais au toucher les pédicules tubaires sont douloureux.

OBS. 193. — *Laparotomie pour ovarite kystique double.* — *Guérison incomplète.* — Mme V..., 34 ans. 2 accouchements, le dernier très pénible.

Laparotomie, 31 octobre 1890.

Extirpation d'annexes adhérentes.

Revue l'année suivante. A eu un abcès de la paroi, actuellement guéri. Se plaint de quelques douleurs. De temps en temps des métrorrhagies.

OBS. 194. — *Laparotomie pour fibrome et hémato-salpinx.* — *Fistule pyo-stercorale.* — *Septicémie chronique.* — *Mort.* — Mme de C..., 45 ans. Souffre depuis dix ans, mais surtout depuis un an. Mictions fréquentes, ténésme vésical, cystite soignée par M. Guyon, sans résultat. Soignée par d'autres chirurgiens, toujours pour des lésions des voies urinaires, sans que les lésions pelviennes attirent leur attention. Eczéma vulvaire, ne peut plus sortir qu'à bicyclette ! Quand elle pédale, elle peut rester assez longtemps sans uriner.

Examen : Utérus gros et fixe. Masses annexielles diffuses.

Laparotomie, 13 janvier 1895. Difficile, fibrome énucléé adhérent au bord gauche de l'utérus. Suture de la plaie séreuse. Collection tubaire gauche contenant du sang couleur chocolat. Extirpation. Suites normales. L'eczéma s'améliore. L'état général se relève. Mais 15 jours après, abcès de la suture, puis fistule profonde stercorale. Meurt un an après de septicémie chronique, malgré un drainage abdomino-vaginal.

OBS. 195. — *Laparotomie pour double salpingite parenchymateuse et séro-hématique compliquée de rétroversion.* — *Guérison incomplète.* — Mlle Lurson, 30 ans, mécanicienne.

Pas de grossesse. Souffre depuis 6 ans. A cette époque, elle a eu, dit-elle, une poussée de péritonite à la suite de laquelle les règles s'arrêtèrent pendant un an. Depuis, elle a toujours souffert à droite. Ces douleurs s'exagèrent depuis quelques mois et empêchent la malade de travailler.

Laparotomie : 7 juin 1894, difficile, surtout à gauche. Double salpingite parenchymateuse et séro-hématique. Utérus adhérent au Douglas. M. Richelot regrette de n'avoir pas fait l'hystérectomie vaginale.

Revue à la fin de 1894, la malade ne souffre plus mais a des métrorrhagies fréquentes.

OBS. 196. — *Laparotomie pour hydro-salpinx gauche et hémato-salpinx droit.* — *Guérison absolue.* — Marguerite B..., 36 ans. Un enfant. Douleurs apparues subitement il y a quelques mois. Souffre depuis ce temps.

Laparotomie, 3 juin 1893. Castration double.

Revue, novembre 1896. Va très bien, sauf quelques métrorrhagies.

OBS. 197. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite.* — *Guérison complète.* — Suzanne P..., 23 ans. Une fausse couche ; souffre depuis ce temps.

Laparotomie, 13 décembre 1893. Castration bilatérale.

Revue, en 1894, par M. Richelot. A eu deux fois ses règles. Ne souffre plus du tout. Augmentation de l'embonpoint. Se porte très bien.

OBS. 198. — *Laparotomie pour hydro-salpinx droit et ovarite suppurée bilatérale. — Guérison complète.* — Mme L..., 36 ans. 2 enfants. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite. Castration double par laparotomie le 16 février 1893.

Revue, novembre 1896. Va bien. Quelques troubles vicariants. Leucorrhée.

OBS. 199. — *Laparotomie pour pyo-salpinx double. — Guérison complète.* — Mlle Laurence V..., 20 ans. Un enfant il y a 4 ans. Souffre beaucoup dans le ventre et ne peut marcher.

Laparotomie, 27 janvier 1893. Castration double pour pyo-salpinx. Lavage salé du péritoine.

Revue, novembre 1896. A eu deux poussées douloureuses du côté du bassin. Va bien maintenant. Leucorrhée.

OBS. 200. — *Laparotomie pour suppuration pelvienne. — Résultat satisfaisant.* — Mlle J... Louise, 23 ans, 2 enfants. A déjà été opérée il y a 2 ans d'une cellulite pelvienne post-puerpérale (incision sus-inguinale).

Laparotomie, 6 juillet 1893. Extirpation des annexes gauches suppurées peu adhérentes.

Revue, novembre 1896. Souffre encore un peu à gauche. Leucorrhée. Se trouve très bien.

OBS. 201. — *Laparotomie pour ovarite purulente et pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme P..., 23 ans. A eu deux accouchements. Pertes abondantes, douleurs très vives depuis le dernier accouchement.

Laparotomie, 14 juin 1893.

Extirpation de deux annexes suppurées très haut placées et qu'il eût été difficile d'enlever par hystérectomie.

Revue, novembre 1896. Va bien. Utérus sensible à la pression. Leucorrhée.

OBS. 202. — *Laparotomie pour pyo-salpinx double. — Résultat satisfaisant.* — Blanche B..., 20 ans.

Souffre depuis deux ans. Température vespérale.

Castration double par laparotomie le 1^{er} mars 1894.

Revue, novembre 1896. Quelques petites douleurs à gauche. Coût douloureux. Néanmoins, très satisfaite de son état.

OBS. 203. — *Laparotomie pour hémato-salpinx double. — Guérison absolue.* — Mme C..., 31 ans, 5 enfants.

Depuis sa dernière couche, règles irrégulières ; douleurs, surtout à gauche.

Laparotomie, 22 juin 1893. Extirpation de deux poches tubaires grosses comme des œufs.

Revue, novembre 1896 ; ne souffre plus. L'utérus conserve son volume normal. Leucorrhée persistante, 4 ou 5 fois des métrorrhagies.

OBS. 204. — *Laparotomie pour salpingite parenchymateuse unilatérale. — Guérison et grossesse.* — Lucie B..., 48 ans. Souffre depuis 2 ans.

Laparotomie, 24 décembre 1892. Annexes gauches laissées ; simplement détachées de leurs adhérences.

Revue, octobre 1896. Accouchement normal il y a un mois. Va très bien.

OBS. 205. — *Laparotomie pour rétroflexion et ovaires kystiques. — Résultat satisfaisant.* — Rosalie M..., 25 ans. 3 enfants. Marche pliée en deux. Souffre beaucoup.

Laparotomie, 19 juin 1850. Ovaires kystiques, non adhérents, extirpés. Utérus redressé.

Revue à la fin de l'année. L'utérus est en bonne position, mais la malade se plaint encore de quelques douleurs.

OBS. 206. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite double. — Résultat satisfaisant.* — Hélène B..., 27 ans. Souffre dans les deux fosses iliaques, surtout au moment des règles. Utérus très mobile, très douloureux ; annexes un peu volumineuses, très douloureuses.

Laparotomie, 27 mars 1890. Extirpation de gros ovaires scléro-kystiques très adhérents.

Revue à la fin de l'année, souffre un peu à gauche. A eu deux fois ses règles. Troubles vicariants.

OBS. 207. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite et hémato-salpinx. — Résultat satisfaisant.* — Mme L..., 30 ans. Souffre depuis six ans. A eu une poussée de pelvi-péritonite.

Laparotomie, 7 juin 1894. Adhérences multiples. Extirpation bilatérale.

Revue en 1895, se plaint de métrorrhagies. Ses règles sont régulières. Elle ne souffre plus néanmoins.

OBS. 208. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite et rétroversion. — Résultat satisfaisant.* — Joséphine J..., 21 ans. Un accouchement il y a 2 ans. Souffre beaucoup pendant les règles.

Laparotomie, 19 novembre 1895. Hystéropexie. Extirpation des deux annexes parenchymateuses.

Revue, novembre 1896. A peu près guérie. Souffre à la moindre fatigue. Plus nerveuse qu'avant. Bouffées de chaleur au moment des règles. A engraisé.

OBS. 209. — *Laparotomie pour suppuration pelvienne.* — *Résultat satisfaisant.* — Mme L..., 33 ans. 3 grossesses. Cachectisée. Utérus enclavé. Tumeur fluctuante au-dessus de l'arcade crurale droite. Incision simple sans extirpation des annexes.

Revue, novembre 1897. Va très bien mais souffre encore dans le ventre après une fatigue. Rapports sexuels douloureux.

OBS. 210. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite et hémato-salpinx.* — *Résultat satisfaisant.* — Hortense T..., 30 ans.

Opérée, janvier 1890.

Revue, novembre 1896. A eu des abcès de la paroi. Les fils profonds ont dû être enlevés. Ne présente ni bouffées de chaleur, ni douleurs, mais des hémorrhagies au moment des époques.

OBS. 211. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite.* — *Résultat satisfaisant.* — Mme A..., 45 ans. 3 enfants. Souffre et perd en rouge depuis 2 ans.

Très nerveuse. Gros utérus. Annexes douloureuses, mais petites. Laparotomie, 20 mai 1890. Ovaires scléreux. Extirpation bilatérale.

Revue, novembre 1896. Va très bien. Se plaint seulement de manque de sommeil. Leucorrhée. Métrorrhagies.

OBS. 212. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite double.* — *Résultat satisfaisant.* — Mme G..., 50 ans. 6 enfants. Règles très douloureuses. Coût déterminant douleurs et hémorrhagies.

Laparotomie, 15 avril 1890. Utérus fibromateux. Ovaires kystiques et adhérentes. Extirpation bilatérale.

Revue, novembre 1896. La convalescence a été longue. Les douleurs ont cessé pendant cinq ans et ont repris, il y a quelques mois au niveau de l'utérus. A engraisé de 10 kilos. N'est pas plus nerveuse qu'avant. Rapports sexuels normaux.

OBS. 213. — *Laparotomie unilatérale pour pyo-salpinx.* — *Résultat satisfaisant.* — Crozatier Mathilde, 21 ans, domestique.

Il y a 13 mois, fausse couche de 6 mois.

Reste couchée 15 jours.

Leucorrhées au moment des règles. Pénurie de pavid-pénurie il y a un mois.

Examen. — Utérus peu mobile. Rien à droite. À gauche, masse, comme un petit œuf, peu dente, donnant la sensation d'anneaux enflammés et adhérentes.

Laparotomie le 11 juillet 1890, par M. Panchet, interne du service. Rien à droite. Annexes gauches adhérentes au bassin et au colon iliaque. Extirpation. Examen de la pièce : serpent tubaire (mucopus). Abscès de l'ovaire gros comme une noisette.

A la fin de septembre 1891, la malade, à la suite de reprise de rapports sexuels éprouve de violentes douleurs dans le ventre. Le toucher révèle du côté gauche, au niveau du prolongement de la trompe un léger empatement.

Obs. 214. — *Laparotomie pour ovaire scléro-kystique.* — *Guérison absolue.* — Mme D..., 30 ans. Souffre depuis six ans. Annexes très douloureuses. Gros utérus.

Laparotomie : 3 mai 1890. Castration bilatérale.

Revue : novembre 1896. A engraisé de 5 kilos. N'a plus jamais souffert du ventre ni des reins.

5 ou 6 bouffées de chaleur dans la journée et 3 ou 4 la nuit.

Rapports sexuels normaux. Pas de pertes. Moins nerveuse qu'avant. Se trouve très bien.

Obs. 215. — *Laparotomie pour pyo-salpinx unilatéral.* — *Guérison absolue.* — Apolline C..., 39 ans. Souffre depuis deux ans.

Laparotomie : 22 août 1891. Pyo-salpinx gauche comme une tête de fœtus.

Extirpé. Annexes saines à droite.

Revue : novembre 1896. Guérison complète.

Obs. 216. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite.* — *Guérison absolue.* — Julia L., 36 ans, 7 enfants.

Douleurs bilatérales, très violentes. Masses annexielles volumineuses. Gros utérus.

Laparotomie : 19 avril 1890. Serpents tubaires à droite et à gauche. À droite, ovaire kystique comme un œuf de poule.

Revue : novembre 1896. Résultat excellent. Ne souffre plus. A engraisé. Quelques bouffées de chaleur. Pas plus nerveuse qu'avant.

Obs. 217. — *Laparotomie pour ovaire scléro-kystique.* — *Résultat satisfaisant.* — Mme G..., Mélanie. Règles douloureuses, souffre beaucoup surtout à gauche.

Laparotomie, 28 mars 1891. Kystes de l'ovaire.

Extirpation bilatérale.

Revue, novembre 1896. Elle peut faire son ménage, soigner ses enfants. Se trouve satisfaite de son état, à part quelques douleurs névralgiques dans le bassin.

OBS. 218. — *Laparotomie pour ovarite suppurée. — Guérison absolue.* — Albertine E..., 25 ans. Pelvi-péritonite à la suite d'un accouchement en 1886. Nouvelle poussée en 1890.

Douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. Annexes empâtées et douloureuses.

Laparotomie, 10 juillet 1890. Un kyste purulent de l'ovaire s'ouvre dans le ventre. Grand lavage. Les deux ovaires contiennent du pus. Trompes parenchymateuses.

Revue, novembre 1896. Un peu plus nerveuse qu'avant. Jamais de bouffées de chaleur. Leucorrhée depuis un an. *Règles normales.* N'a plus jamais souffert.

OBS. 219. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite double. — Résultat satisfaisant.* — Jeanne P..., danseuse, 30 ans ; 3 enfants. Phlegmon du ligament large en avril 1888. Quelques mois après, douleurs, gros col, leucorrhée abondante.

Laparotomie, 18 avril 1889. Deux gros ovaires kystiques. Déjà adhérences à droite.

Castration bilatérale.

Suites opératoires simples.

Revue, octobre 1889. Va mieux. Plusieurs métrorrhagies qui ont cessé depuis qu'elle ne danse plus.

Revue, en 1896. Bien portante, mais engraisée. Se fatigue facilement. Petites douleurs dans le ventre.

OBS. 220. — *Laparotomie pour pyo-salpinx après tentative d'hystérectomie. — Guérison complète.* — Mlle Marie R..., 35 ans, ménagère. Accouchement, il y a 4 mois. Fièvre. Malade depuis deux mois et demi ; douleurs dans la jambe droite. Dans la fosse iliaque droite, tumeur régulière, douloureuse, paraissant grosse comme un œuf. Au toucher, utérus en rétroversion immobile ; annexes gauches saines. A droite, masse comme le poing, dure, douloureuse, empiétant sur le cul-de-sac postérieur.

4 février 1896, essai d'hystérectomie. L'opération s'arrête après l'ablation du segment inférieur, à cause de l'élévation, de la fixité et de la friabilité de l'utérus.

Laparotomie, 15 février 1896. A droite, grosse trompe parenchymateuse, gros ovaire scléro-kystique ; ces annexes laissent écouler la valeur d'un dé à coudre de pus inclus dans le ligament large. Mêmes lésions à gauche, mais pas de pus. Attouchement à l'eau phéniquée, gaze et drain dans le foyer qui reste à droite de l'utérus et en arrière. La malade guérit.

OBS. 221. — *Laparotomie pour kyste de l'ovaire suppuré. — Guérison complète.* — Mme L..., 55 ans, arrive du Brésil avec le diagnostic de fibrome. A eu à un moment donné une poussée de température prise pour une fièvre typhoïde fruste.

Examen : Femme très affaiblie, sans fièvre. Double plastron abdominal, préalablement dû à une annexite suppurée.

Laparotomie, 9 décembre 1895. Kyste de l'ovaire gauche gros comme une tête d'enfant. Adhérences absolues, mais friables à l'intestin grêle et à une grande loge pelvienne, refoulant heureusement l'intestin en masse. Rupture du kyste ; pus fétide, rapidement essuyé. Détachement rapide des adhérences. Extirpation du kyste de l'ovaire et de la trompe. Attouchement à l'eau phéniquée forte. Drainage abdominal à la gaze et tamponnement de la poche.

Suites normales. Fistule abdominale rapidement fermée. La malade part au Brésil au bout de deux mois, guérie.

OBS. 222. — *Laparotomie pour ovaires scléro-kystiques. — Résultat satisfaisant.* — Mme C..., 33 ans. A déjà subi un curettage et Schröder. Leucorrhée abondante. Annexes très douloureuses.

Laparotomie, 30 novembre 1889. Castration bilatérale. Annexes très adhérentes.

Revue en 1890. Nerveuse, dyspeptique. Palpitations violentes.

Revue, novembre 1896. Calmée. Va bien. Pourtant coït douloureux.

OBS. 223. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite double. — Résultat satisfaisant.* — Mme C..., 28 ans. Souffre depuis l'âge de 13 ans. Leucorrhée. Dysménorrhée.

Laparotomie, 20 juin 1890. Ovaire scléro-kystique à droite. A gauche, kyste para-ovarien et trompe parenchymateuse. Castration bilatérale.

Revue, novembre 1896. A repris ses occupations 4 mois après sa sortie de l'hôpital, se trouve maintenant assez bien. N'est pas plus nerveuse qu'avant. Ne souffre plus, mais se plaint de leucorrhée, bouffées de chaleur et de douleur dans les rapports sexuels.

OBS. 224. — *Laparotomie pour salpingite parenchymateuse gauche. — Guérison complète.* — Marguerite D..., 22 ans. Souffre depuis un an, surtout depuis un mois. Métrorrhagies. Peut à peine marcher.

Laparotomie, 15 février 1893. Les annexes droites un peu adhérentes sont laissées. Les autres, parenchymateuses, sont enlevées.

Revue, novembre 1896. Ne souffre plus. Pas de bouffées de chaleur. Pas plus nerveuse. Un peu de leucorrhée. Rapports sexuels normaux.

OBS. 225. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite parenchymateuse droite. — Guérison absolue.* — Lucie O..., 23 ans. Souffre depuis 3 mois, surtout pendant les règles.

Laparotomie, 3 mars 1896. Grosses annexes parenchymateuses à droite. Rien à gauche.

Revue, novembre 1896. Bien réglée, pas de vapeurs. Se trouve très bien. Rapports sexuels normaux.

OBS. 226. — *Castration unilatérale droite pour salpingite parenchymateuse. — Guérison absolue.* — Mme S..., 23 ans. 2 enfants. Pelvi-péritonite avec phlébite au dernier accouchement. Souffre beaucoup à droite et un peu à gauche.

Laparotomie, 26 mai 1891. Annexes droites extraites au milieu d'un magma d'adhérences. Très difficiles à enlever.

Revue, novembre 1896. Ne souffre plus. Rapports sexuels normaux. Enchantée de son sort. N'a pas engraisé. Leucorrhée. Bien réglée ; a fait une fausse couche de trois mois, il y a 3 ans.

OBS. 227. — *Laparotomie pour hémato-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme S..., 26 ans. 2 enfants. Souffre depuis le dernier accouchement, il y a 4 ans. Métrorrhagie durant six semaines il y a 2 ans. Douleurs violentes depuis un mois.

Laparotomie, 19 octobre 1893. Gros hématome tubaire à droite. Annexes saines à gauche. Castration unilatérale.

Revue, octobre 1896. Ne souffre plus. A eu deux métrorrhagies depuis l'opération. A plutôt maigri. Rapports sexuels normaux. Enchantée.

OBS. 228. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite gauche. — Résultat satisfaisant.* — Mme P..., 23 ans. Souffre beaucoup depuis six semaines.

Laparotomie : 24 juin 1893. Castration unilatérale d'un ovaire sclérokystique avec trompe parenchymateuse.

Revue : novembre 1896. Se trouve très bien. Mais, rapports sexuels douloureux comme avant l'opération. Pas d'autres troubles.

Obs. 229. — *Laparotomie pour hématome ancien de l'ovaire gauche. — Guérison absolue.* — Mme M..., 52 ans. Souffre depuis 3 ans. Ménopause il y a 7 ans. Poussée aiguë il y a quelques mois.

Au toucher, tumeur lisse, régulière, remplissant l'excavation.

Laparotomie : 4 juillet 1896.

Hématome adhérent, crève dans le ventre. Extirpation de la poche. Drainage.

Revue, novembre 1896. Guérison absolue. Aucun trouble.

Obs. 230. — *Laparotomie pour suppuration pelvienne. — Guérison complète.* — Mme N..., 40 ans. Souffre depuis un an.

Laparotomie : 31 juillet 1894. Grosse poche de pus à droite. Extirpation. Pas de lésion à gauche. Drainage sus-pubien.

Revue, novembre 1896. Guérison absolue sans aucun trouble.

Obs. 231. — *Laparotomie pour ovaires polykystiques. — Guérison complète.* — Mme L..., 42 ans, grande hystérique. Règles très douloureuses.

Laparotomie : 1^{er} août 1894. Annexes adhérentes. Castration bilatérale.

Revue, octobre 1896. Va très bien. Ne souffre plus. N'a plus eu de crises d'hystérie. Bouffées de chaleur.

Obs. 232. — *Laparotomie pour suppuration pelvienne. — Guérison complète.* — Clémence C..., 52 ans. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite. Accidents de cystite. A subi tous les traitements, y compris l'électricité.

Laparotomie : 29 février 1896. Fibrome flanqué d'un pyo-salpinx. Castration totale.

Revue, novembre 1896. Va très bien, se plaint d'engraisser.

Obs. 233. — *Laparotomie pour pyo-salpinx. — Guérison complète.* — Maria F..., 25 ans, 2 accouchements. Souffre depuis 3 ans.

Laparotomie, 2 novembre 1895. Gros pyo-salpinx droit, adhérent. Annexes gauches très adhérentes. Castration complète.

Revue, novembre 1896. Etat parfait, se plaint de trop engraisser (10 kilos).

Obs. 234. — *Laparotomie pour pyo-salpinx gauche. — Guérison complète.* — Mme V..., 31 ans. Un accouchement il y a 7 mois. Souffre beaucoup depuis ce temps. Poussées de pelvi-péritonite.

Laparotomie, 26 octobre 1895. Poche comme une mandarine, très adhérente à l'S iliaque. Castration unilatérale.

Revue, novembre 1896. A eu des abcès de la paroi. A part cela, complètement guérie.

Obs. 235. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite. — Résultat satisfaisant.* — Léonie B... A déjà subi un curetage et Schröder.

Laparotomie, 20 juillet 1889. Extirpation bilatérale d'ovaires scléro-kystiques.

Revue l'année suivante. Très bien portante. Ne souffre plus que vaguement, mais c'est toujours une névropathe.

Obs. 236. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite. — Résultat satisfaisant.* — Mme F..., 25 ans. Antécédents névropathiques. A eu plusieurs poussées de salpingite. A déjà subi un curetage et un Schröder.

Laparotomie, 30 mai 1889. Castration bilatérale.

Revue à la fin de l'année. Va très bien. Se plaint seulement d'avoir ses règles depuis trois jours.

Obs. 237. — *Laparotomie pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme M..., 24 ans. Souffre depuis deux ans.

Laparotomie, 25 avril 1895. Castration double. Gros abcès à gauche à l'extrémité de la trompe, se rompt dans le ventre. Lavage du péritoine. Trompe parenchymateuse à gauche.

Revue en 1896. Parfaitement guérie. Peu de troubles vicariants (la malade n'est pas nerveuse), se déclare très bien guérie.

Obs. 238. — *Laparotomie. — Castration double pour salpingo-ovarite. — Résultat satisfaisant.* — Clémentine B..., 23 ans. A eu un enfant à 19 ans. Depuis ce temps, ménorrhagies. Souffre dans le ventre, surtout au moment des règles.

Laparotomie, 22 novembre 1890. A gauche et à droite, petits serpents tubaires suppurés. Extirpation bilatérale.

Revue quelques mois plus tard. Ne souffre plus, mais phénomènes nerveux, congestifs, etc.

Obs. 239. — *Laparotomie pour pyo-salpinx. — Guérison complète.* — Mme D..., 33 ans. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite depuis 6 ans. A rendu du pus dans les selles.

Laparotomie, 13 décembre 1890. Énucléation très pénible d'une grosse trompe purulente à gauche. A droite, énucléation d'une autre poche suppurée excessivement adhérente. Lavage du péritoine. L'opération dure deux heures.

Revue en 1896. Guérison absolue. Un peu nerveuse et bizarre, mais la malade est hystérique.

OBS. 240. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite parenchymateuse et rétroversion.* — *Guérison complète.* — Mme C..., 36 ans. 3 enfants. Souffre depuis quatre ans. Métrorrhagies abondantes. Leucorrhée.

Laparotomie, mars 1891. Redressement de l'utérus rétrofléchi et adhérent. Extirpation des grosses annexes.

Revue, quelques mois plus tard. Guérison complète.

OBS. 241. — *Laparotomie pour hémato-salpinx double.* — *Guérison absolue.* — Mme B..., 49 ans. A déjà subi un curetage.

Laparotomie, 6 novembre 1889. Annexes très adhérentes, se rompent pendant les manœuvres de décortication. Toilette du péritoine.

Revue, juin 1891, mai 1893. Va très bien. Régulièrement réglée. Depuis quelques mois, les menstruations ont cessé. De la leucorrhée apparaît.

Au spéculum. Utérus petit, mobile, mais vaginite blennorrhagique.

OBS. 242. — *Laparotomie.* — *Castration bilatérale pour hémato-cèle.* — *Guérison complète.* — Mme B... — Laparotomie, janvier 1890. Les deux trompes sont dilatées et remplies de sang.

Revue, 18 mois après. Guérison absolue. Au toucher, les tissus pelviens sont souples.

OBS. 243. — *Laparotomie secondaire à une hystérectomie vaginale.* — *Guérison complète.* — Mme G..., 26 ans. Hystérectomie vaginale par Péan en 1892. Reste très souffrante. Se plaint de douleurs à gauche.

Laparotomie : 1^{er} août 1894. Extirpation d'un gros ovaire gauche polykystique, adhérent, pédiculisé sur un reste du ligament large.

En 1896. Va bien. Bouffées de chaleur. Troubles dyspeptiques.

OBS. 244. — *Laparotomie pour hémato-salpinx.* — *Résultat satisfaisant, mais avec fistule.* — Mme M..., 36 ans. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite depuis deux ans.

Laparotomie : 2 mars 1893. Gros hémato-salpinx droit. A gauche, hydro-salpinx. L'ovaire gauche est laissé en place.

Revue en 1896. A fait un abcès de la suture quelques mois après. Il en résulte une fistule qui existe encore, depuis 3 ans et demi.

Obs. 245. — *Laparotomie pour kyste ovarique suppuré. — Guérison complète.* — Mme L..., 55 ans, arrive du Brésil avec température, douleurs pelviennes, double plastron abdominal et empatement du cul-de-sac.

Laparotomie : 29 décembre 1895. Kyste de l'ovaire suppuré, gros comme une tête d'enfant. Renferme du pus fétide. Se rompt pendant la decortication. Nettoyage du péritoine pelvien à l'eau phéniquée. Tamponnement sus-pubien à la Mikulicz. Suites normales.

Nouvelles en 1896. Va très bien.

Obs. 246. — *Laparotomie pour pyo-salpinx unilatéral. — Guérison complète.* — Mme B..., 42 ans. Plastron abdominal avec culs-de-sac empâtés à gauche.

Laparotomie : 7 mars 1890. Enorme poche suppurée, largement ouverte et drainée.

Revue quelques mois plus tard. A conservé une fistule pendant longtemps. Actuellement complètement guérie.

Obs. 247. — *Laparotomie pour rétroversion et ovaires kystiques. — Guérison complète.* — Mme F..., 28 ans, 3 enfants. Souffre depuis le dernier accouchement. Métrorrhagies.

Laparotomie, 24 mai 1890.

Réduction de l'utérus et extirpation bilatérale des annexes.

Revue un an après. Va très bien. Ne souffre plus. Souplesse parfaite des culs-de-sac. Quelques pertes blanches. Uterus petit, toujours réduit.

Quelques symptômes nerveux au moment des règles.

Obs. 248. — *Laparotomie pour salpingo-ovarite double. — Guérison absolue.* — Virginie M..., 28 ans. Un accouchement.

Laparotomie, 13 décembre 1890.

Gros kyste para-ovarique à droite. A gauche, salpingite très adhérente, difficile à extirper.

Revue un an après. A eu un abcès de la paroi, dont elle est guérie. Actuellement va très bien. Ne se plaint de rien, sauf de quelques bouffées de chaleur.

Obs. 249. — *Laparotomie pour ovarite kystique double. — Résultat satisfaisant.* — Mme F..., 31 ans.

Laparotomie, 3 novembre 1891.

Extirpation d'ovaires kystiques très adhérents.

Revue en 1896. A eu pendant quelques mois de grandes névralgies ilio-lombaires actuellement disparues.

OBS. 250. — *Laparotomie pour ovarite kystique double. — Guérison absolue.* — Mme M..., 24 ans. Une fausse couche. Très nerveuse. Souffre beaucoup.

Laparotomie, 29 avril 1889. Ovaires kystiques simples.

Revue à la fin de l'année. Très bonne santé depuis l'opération. Jardinière active, travaillant sans fatigue.

OBS. 251. — *Laparotomie pour salpingite droite parenchymateuse et salpingite gauche suppurée ouverte dans le rectum. — Guérison absolue.* — Mme L..., 32 ans. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite.

Laparotomie, 5 avril 1890. Extirpation difficile et complète des annexes.

Revue en 1895. Complètement guérie. Ne s'est jamais si bien portée.

OBS. 252. — *Laparotomie pour hémato-salpinx. — Guérison absolue.* — Mme G..., 30 ans. 7 enfants, une fausse couche. Métrorrhagies continuelles depuis plusieurs mois.

Laparotomie, 27 février 1890. Hémato-salpinx droit. Extirpation bilatérale.

Nouvelles de la malade l'année suivante : Va très bien.

OBS. 253. — *Laparotomie pour ovarite kystique double. — Guérison pendant 6 ans. — Morte d'asystolie en 1896.* — Marie T..., 28 ans.

Laparotomie, juin 1888. Extirpation double des annexes.

Revue, pendant plusieurs années. Allait très bien du côté du bassin. Morte cette année d'affection cardiaque.

OBS. 254. — *Laparotomie pour hématome de l'ovaire gauche et salpingo-ovarite. — Guérison absolue.* — Mme R..., 26 ans.

Laparotomie, 12 avril 1889. A gauche, ovaire gros comme un œuf, renferme des caillots sanguins. A droite, gros serpent tubaire, purulent, extirpé.

Revue à la fin de l'année. Va très bien.

OBS. 255. — *Laparotomie pour pyo-salpinx. — Guérison absolue.* — Marie M..., 30 ans. A eu 3 enfants. Paraît avoir été infectée au dernier accouchement, il y a 2 ans. Douleurs violentes depuis ce temps.

Laparotomie, 19 octobre 1890. Grosse poche salpingienne à gauche, rompue dans le bassin. Lavage. Extirpation. A droite, annexes saines, laissées en place.

Revue quelques mois après. Très bien portante, fraîche et rose. Aucune douleur. Au toucher, tout est souple des deux côtés.

Obs. 256. — *Laparotomie pour salpingo ovarite. — Guérison absolue.* — Elise M..., 26 ans. Souffre surtout depuis un mois ; ne peut dormir. Pertes abondantes.

Laparotomie, 20 novembre 1890. Extirpation bilatérale d'ovaires kystiques et de trompes parenchymateuses.

Nouvelles l'année suivante : « La malade croit n'avoir jamais rien eu ». Enchantée de son sort.

Obs. 257. — *Laparotomie secondaire à une hystérectomie vaginale. — Guérison absolue.* — Mme Alexandrine G..., 26 ans, modiste. Hystérectomie vaginale en 1892, par Péan. On lui a laissé, paraît-il, les annexes gauches. La malade continue, en effet, à souffrir à gauche.

Laparotomie, 1^{er} août 1894. Ablation d'un gros ovaire gauche polykystique adhérent, pédiculisé sur un tissu vague, résidu du ligament large : « C'est, dit M. Richelot, le seul cas que j'ai vu de laparotomie secondaire faite pour un résultat thérapeutique insuffisant de l'hystérectomie vaginale réussie, mais ayant laissé un débris d'annexe, un ovaire, par exemple.

Vu :

Le Président de la thèse,
GUYON.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
